



# **Einwilligungserklärung**

**Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten im Sinne von  
§ 73 Abs. I b SGB V durch den Facharzt**

Ich willige ein, dass mein behandelnder Facharzt

## **Orthopädische Praxis Denzlingen GdR**

**Ferdinand-Porsche-Str. 4**

**79211 Denzlingen**

- meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt.
- bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen.
- mich an Termine per SMS, Telefon, Brief oder email erinnert.
- ich erlaube ich die Ausgabe an Familienmitglieder von med. Dokumenten (z. B. Rezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Befunden etc.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Vorname, Name, Geburtsdatum

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters