



## Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung und Anforderung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

1. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das Augenzentrum Oberstenfeld, Großbottwarer Str. 83, 71720 Oberstenfeld bei folgenden Ärzten Behandlungsdaten und Befunde, die für meine Behandlung erforderlich sind, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an das Augenzentrum Oberstenfeld zum Zwecke der Dokumentation, Behandlung und der zu erbringenden Leistungen weiter zu leiten.

**Praxis:** \_\_\_\_\_

**Praxis:** \_\_\_\_\_

**Praxis:** \_\_\_\_\_

2. Des Weiteren erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das Augenzentrum Oberstenfeld bei oben genannten Ärzten auf Anforderung oder bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit (beispielsweise bei einer Weiterbehandlung durch andere Fachärzte), Behandlungsdaten und medizinische Befunde übermittelt.

3. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich gegenüber dem Augenzentrum Oberstenfeld widerrufen kann.

Oberstenfeld \_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt / MFA