**Einwilligungserklärung nach § 73 Abs. 1b SGB V**

Ich,

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

bin einverstanden, dass bis zum Tag. Monat Jahr

Name, Vorname

Facharztbezeichnung

Adresse

die für meine Behandlungen erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an

Name, Vorname

Facharztbezeichnung

Adresse

Telefonnummer

übersendet.

Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)