

**Einverständniserklärung des Patienten**  
**zur Übermittlung von persönlichen Gesundheitsdaten**

(zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V)

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass mir Betreiber und Mitarbeiter/innen des MVZ Goldbach (nachstehend MVZ Goldbach genannt), persönlich, telefonisch, per Post, Telefax, SMS oder E-Mail persönliche Gesundheitsdaten übermitteln dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Goldbach Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen darf, bei
  - einem Facharzt oder
  - einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung binDas MVZ Goldbach darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Goldbach Gesundheitsdaten und Befunde weiterleiten darf, an
  - weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten
  - einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin
  - Krankenversicherung
  - Apotheke (Rezepte)Das MVZ Goldbach darf diese Informationen nur zum Zwecke der zu erbringenden Leistungen weiterleiten.
- Mir ist bekannt, dass ich die Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen.

Ich habe das Recht

- über die mich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten
- auf Löschung von Daten unter bestimmten Voraussetzungen (Aufbewahrungsfrist)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift