



**DR. MED. MATTHIAS DICKOPF**

Facharzt für Innere Medizin · Notfallmedizin · Palliativmedizin

Liebfrauenstr. 22 a

61440 Oberursel

Tel 06171 54556

Fax 06171 581466

praxis@dr-dickopf.de

www.dr-dickopf.de

---

## **Einverständniserklärung**

### **zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

Vollständiger Name: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass

° mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.

° mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich, an mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

° die Datenübermittlung mittels Telefon, Fax, Mail oder Post erfolgen darf.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt meine gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen selbst anfordern darf.

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

Oberursel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw gesetzl. Vertreters

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.