

Patient:



**Dr. H. Schulz (ärztl. Ltg.)**

**Dr. B. v. d. Heide**

**Chr. v. Maydell**

**Dr. M. Reuther**

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt

- Dr. Heinrich Schulz**
- Dr. Britta v. d. Heide**
- Chr. von Maydell**
- Dr. Martin Reuther**

meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen überweisenden Arzt

Name:

Adresse:

und weitere behandelnde Ärzte/Leistungserbringer:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

zum Zweck der zu führenden Dokumentation übermittelt (ggf. auch per Fax).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der mich im Gastroenterologischen Zentrum behandelnde Arzt bei meinen o. g. behandelnden Ärzten die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt.

**(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)