

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten & Befunden (§73 Abs. 1 b SGB V)

Durch den Patienten auszufüllen!

.....

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

Datum, Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass die Lungenpraxis Strausberg Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die einem anderen Facharzt / Psychotherapeuten oder anderem Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die Lungenpraxis Strausberg darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Lungenpraxis Strausberg die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an meinen Hausarzt und andere von mir genannte Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, digital verschlüsselt übermittelt. Dies beinhaltet auch das Hochladen von aktuellen Befunden in die elektronische Patientenakte (ePA), sofern ich diese bei meiner Krankenkasse freigegeben habe. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.