



Landingstraße 2
63739 Aschaffenburg
Telefon 06021/4389910
Telefax 06021/4389911
info@wende-kardiologie.de
www.wende-kardiologie.de

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

Ich, _____

(Vorname, Name , Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- Dr. Wende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- Dr. Wende bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von Dr. Wende zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

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

(Ort , Datum)

(Unterschrift)