

**Einverständniserklärung zur Übermittlung von  
Behandlungsdaten und Befunden - §73.Abs. 1b SGB V**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des gesetzl. Vertreters

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

- Ich bin damit einverstanden, dass Dr. med. G. Massute Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die von einem vorherigen Kinder- oder Hausarzt, einem anderen Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer (z.B. Arzt eines Krankenhauses) bei dem ich in Behandlung bin oder war, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information an Herrn Dr. Massute weiterzuleiten. Dr. Massute darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden.
  
- Ich bin damit einverstanden, dass ein mich behandelnder Arzt oder Psychotherapeut oder ein anderer Leistungserbringer (z.B. Arzt eines Krankenhauses) die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei Herrn Dr. Massute einholt. Dr. Massute ist verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Neben den behandelnden Fachärzten, Labor usw. **dürfen folgende Personen** (z.B. Ehepartner, Familienangehörige usw.) **Auskunft** über meinen Gesundheitszustand und ärztliche Unterlagen **erhalten:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. Apotheke \_\_\_\_\_

- Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Hanstedt, \_\_\_\_\_

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