



## Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich

.....  
Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

willige ein, dass in der Berufsausübungspraxis

Praxisname: Praxis am Kolpingplatz Iris Wiechel und deren angestellte Ärzte

Praxisanschrift: Karlstraße 115, 76137 Karlsruhe

- das Informationsblatt zum Datenschutz kann gerne auf Wunsch am Empfang in der Praxis eingesehen werden.
- bei anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung erhebt und verarbeitet.
- anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde übermittelt.

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

.....  
Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters