



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

Ich

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	

stimme zu ein, dass meine Hausärztin

Praxisname: Praxis mit Herz

Praxisanschrift: Alterthimer Weg 10, 97950 Großbrinderfeld

- die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mich behandelnde Leistungserbringer übermittelt.

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

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



**Iraqi-Darawsha**  
**Fachärztin**  
**Praxis mit Herz**