



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: Altertheimer Weg 10, 97950 Großrinderfeld

- 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

Ihre Praxis mit Herz