Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Frauenarztpraxis Dr Kocdemir in Hanau bei meinem Frauenarzt oder anderen Ärzten, die Behandlungsdaten und Befunde erfragt, die für die Behandlung in der Frauenarztpraxis Dr Kocdemir in Hanau notwendig sind.
- andere Ärzte meine Behandlungsdaten und Befunde zu den gleichen Zwecken an die Frauenarztpraxis Dr Kocdemir in Hanau übermitteln.
- die Frauenarztpraxis Dr Kocdemir in Hanau alle Behandlungsinhalte und erhobenen Befunde an den mich überweisenden Arzt übermittelt.
- alle Organisationen, die für meine Behandlung in der Frauenarztpraxis Dr Kocdemir in Hanau notwendig sind, wie der Pathologe, die Apotheke, die Labormedizin oder ggf. unser Kooperationskrankenhaus notwendige Patientendaten übermittelt bekommen.
- meine E-Mail-Adresse und Telefonnummer für praxisinterne Belange verwendet werden darf.

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

Hanau, den _____

Vor- und Nachname Patientin _____

Unterschrift Patientin _____