



Praxisgemeinschaft für Gefäßmedizin
Dr.med. Olaf Schibille und Emil Rachkov

**Privatpraxis für Gefäßmedizin
Dr. med. Olaf Schibille**

Facharzt für Innere Medizin und Angiologie
Reumontstr. 33, 33102 Paderborn
Tel: 05251-401186 Fax: 05251-401188

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- meine personenbezogenen Daten und Befunde zum Zweck der medizinischen Behandlung, Verwaltung und Abrechnung in verschlüsselter Form als **Elektronischer Arztbrief** übermittelt, gespeichert und verarbeitet werden.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen aus dieser Praxis elektronisch oder in Papierform erhält.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die oben genannte Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.