

Dr. med. Kerstin Anvari
Fachärztin für Neurologie u. Psychiatrie
Schloßstr. 26
13507 Berlin

Tel.: 030/4336222
Fax: 030/4336322
E-Mail: praxis@anvari.de
Homepage: www.anvari.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum)

(Telefonnummer/Emailadresse)

Erkläre mich einverstanden, dass

	JA	NEIN
mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und/oder überweisenden Arzt übermitteln darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meine Patientendaten via FAX, Telefon, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen, auch an mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mein behandelnder Arzt Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden können, von meinem Hausarzt und/oder Überweiser anfordern darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Hausarzt ist: _____

Meine Befunde/Rezepte dürfen an folgende Personen mitgeteilt/ausgehändigt werden:

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter)