

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

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

- alle Ärzte und Ärztinnen in der Praxis Pablik auf meine Behandlungsdaten zugreifen dürfen, insofern es die Situation notwendig macht. Dies trifft besonders zu, wenn mein behandelnder Arzt oder Ärztin nicht selbst in der Praxis anwesend sind z.B. bei Krankheit oder Urlaub.
- die Praxis Pablik mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Ärztinnen und Leistungserbringer (z.B. Labor, Podologie, Pflegedienst, Überweisungen an andere Fachrichtungen, Physiotherapie, Apotheken etc.) übermittelt.
- die Praxis Pablik meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt/Hausärztin zu führenden Dokumentationen und der weiteren Behandlung an meinem Hausarzt/Hausärztin übermittelt.
- die Praxis Pablik bei meinem Hausarzt/Hausärztin allen anderen Ärzten/Ärztinnen, Krankenhäuser oder Leistungserbringer, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten erhebt und für die Zwecke der von der Praxis Pablik zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

- Angehörige oder gesetzliche Betreuer (bitte Adresse und Tel. Nr. angeben) demgegenüber Sie den Ärzten/Ärztinnen der Praxis Pablik von der Schweigepflicht entbinden (auch für die Abholung von Rezepten oder Befunden notwendig).

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Bei der Übermittlung Ihrer Daten wird das KIM-System mit u.a. eArztbrief, eAU und eRezept verwendet.**

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patientin bzw. gesetzlichen Vertreters)