

Dr. med. Karlheinz Erbe
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychotherapie - Akupunktur
Luisenstr. 10 in 96047 Bamberg
Telefon: 0951/204640 Fax: 0951/204642

Einverständniserklärung

Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Patient/in: _____

geb. am: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Die Praxis Dr. Erbe die Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung übermitteln kann.
- Die Praxis Dr. Erbe beim zuständigen Haus-/Kinderarzt oder anderen Ärzten / Kliniken und Leistungserbringern die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert bzw. erhebt und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter bzw. gesetzlicher Vertreter)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf der behandelnde Arzt die Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.