

Dr. med. Valentin Heinsius  
Facharzt für Neurologie  
Dallgower Straße 9, 14612 Falkensee

**Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73  
Abs. 1 b SGB V**

Name, Vorname	Geb.-Datum
PLZ Ort	Straße Nr.
Tel.	Email

**Schweigepflicht/Datenschutz:** Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, bzw. Ihrem/r überweisenden Arzt/Ärztin, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihre behandelnden ÄrztInnen zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

- Ich bin einverstanden:** **JA**    **NEIN**
- mit der Übersendung von Berichten und Befunden an folgende u.g. ÄrztInnen**
- dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meiner Hausärztin/meinem Hausarzt o.a. ÄrztInnen und LeistungserbringerInnen (z.B. Krankenhäuser), bei denen ich in Behandlung war oder bin, einholt. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.**
- mit der Übermittlung meiner Patientendaten an u.g. Personen oder mich selbst per Post, Fax, Email oder Telefon.**

Überweisende / Hausärztin/-arzt/ Andere

Name	Fachrichtung	Ort

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

---

---

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen bzw. ändern kann. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift