

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

Ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass:

- alle Ärzte der Praxis „Urologie in Rosenheim“ meine Behandlungsdaten einsehen, ggf. auch aus den vorangegangenen Praxen
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt/andere behandelnde Ärzte übermittelt, ggf. elektronisch im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Telematikinfrastruktur.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- die Praxis auch weitere digitale Praxissoftware wie z.B. digitale Kalender benutzt und meine Patientendaten hierfür im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung soweit notwendig benutzt werden.

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

Es ist mir bekannt, dass diese Einverständniserklärung in der Praxis eingescannt wird.

(Ort, Datum)

**(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)**

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