



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

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden,

- dass mein Hausarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern erhebt und zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung verarbeitet und nutzt.
- dass mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

**Dr. med. Henning Stolte**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Hausärztliche Versorgung  
Notfallmedizin  
Ernährungsmedizin  
Akupunktur

**Klaus Arnscheidt**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Hausärztliche Versorgung

**Sandra Bähre**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Hausärztliche Versorgung

**Dr. med. Nico Krug**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Facharzt für Anästhesiologie  
Hausärztliche Versorgung  
Notfallmedizin

**Praxisadresse**  
Hasselweg 4  
31848 Bad Münder

**Telefon**  
(05042) 993-0

**Fax**  
(05042) 993-20

**Internet**  
[www.gp-eimbeckhausen.de](http://www.gp-eimbeckhausen.de)

**eMail**  
[info@gp-eimbeckhausen.de](mailto:info@gp-eimbeckhausen.de)