

**FRAGEBOGEN: EINVERSTÄNDNIS ANFORDERUNG & ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN  
(FACHARZTVERSION)**


| Einverständnis   |   |
|--|---|
| Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr behandelnder Arzt Ihre Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation der weiteren Behandlung an Ihren Hausarzt übermittelt?   | Ja  |
| Sind Sie damit einverstanden, dass der Sie behandelnde Arzt bei Ihrem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für Ihre Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von Ihrem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt? |   |
| Nein   |   |
| Hausarzt   | Herr Dr. Müller, Beethovenstraße 123, 45678 Stadt |

| Berechtigung Dritter  |      |
|---|------|
| Wollen Sie einzelne Angehörige oder sonstige Personen benennen, an die Ihr Hausarzt, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben darf? | Nein |

Unterzeichnet von: Stacy Bode

Angefordert: 9. Februar 2021 12:02

Beantwortet: 9. Februar 2021 12:03

Unterschrift erfasst mit  
Idana Trusted Signature