

Dr. med. Margret Bucklitsch
Dr. med. Susanne Strauß
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Lindenstraße 10, 27389 Lauenbrück
Tel. 04267/14 80 Fax 04267/14 14



Hausarztpraxis Lauenbrück

info@hausarztpraxis-lauenbrueck.de

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

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

_____ Telefonnummer: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die o.g. Hausarztpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- die o.g. Hausarztpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf. Rezepte dürfen an die umliegenden Apotheken nach individuellen Angaben weitergegeben werden.
- die o.g. Hausarztpraxis Fotos zum Zweck der Fotodokumentation aufnehmen und in meiner Patientenakte speichern darf.
- die o.g. Hausarztpraxis Laboruntersuchungen/meldepflichtige Krankheiten mit meinen Personalien an die Fachlabore:
 - Ärztliche Laborgemeinschaft Rotenburg/Wümmme
 - LADR GmbH
 - Labor Krone Bad Salzuflen
 - Niedersächsisches Landesgesundheitsamteinsenden darf.

Bitte wenden

Dr. med. Margret Bucklitsch
Dr. med. Susanne Strauß
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Lindenstraße 10, 27389 Lauenbrück
Tel. 04267/14 80 Fax 04267/14 14



Hausarztpraxis Lauenbrück

info@hausarztpraxis-lauenbrueck.de

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

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

Ich habe diese Mitteilung sowie die ausliegenden allgemeinen Informationen zur DS-GVO gelesen und verstanden:

Ort, Datum

Unterschrift Patient / ggf. gesetzlicher
Vertreter