

**Einverständniserklärung zum Versand von Arztbriefen**

Patientenname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

---

Sehr geehrte Frau /Herr \_\_\_\_\_

im Datenschutz (SGB V § 73) ist geregelt, dass wir nur Auskünfte in Form eines Arztbriefes weiterleiten dürfen, wenn Sie diesem zustimmen.

Während der laufenden Therapie kommt es immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK o.ä.) Befundunterlagen von uns benötigen und diese anfordern.

Diese werden selbstverständlich nur mit Ihrem Einverständnis (Unterschrift) weitergeleitet.

Daher bitten wir Sie zutreffendes anzukreuzen und Ihre Entscheidung mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie keine Befundberichte an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt als auch mitbehandelnde Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- Ich möchte, dass folgende mitbehandelnde Ärzte auf jeden Fall einen Befundbericht über die durchgeführten Untersuchungen erhalten:

Hausarzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

folgender Arzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum; Unterschrift Patient

