



DR. MED. STEPHANIE SCHMIDT

Frauenheilkunde & Geburtshilfe · Untermosel

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten und Befunden

Gemäß § 73 Absatz 1b SGB V

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- das Praxisteam Dr. Stephanie Schmidt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an das Praxisteam Dr. Stephanie Schmidt weiterzuleiten. Diese Informationen darf das Praxisteam zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.
- meine Rezepte auf meinen Wunsch hin an folgende Apotheke

per Fax oder per Post weitergeleitet und diese auch von Mitarbeitern o.g. Apotheke in unserer Praxis abgeholt werden dürfen.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Datum:

Unterschrift: