



# Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich

|              |  |
|--------------|--|
| Vorname      |  |
| Nachname     |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse      |  |

stimme zu ein, dass meine Hausärztin

Praxisname: Praxis mit Herz

Praxisanschrift: Alterthemer Weg 10, 97950 Großbrinderfeld

- die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mich behandelnde Leistungserbringer übermittelt.

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

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



**Dr. Fatma  
Iraqi-Darawsha**  
**Fachärztin**  
**Praxis mit Herz**