



PRAXIS BURGWEDEL

ZENTRUM FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN

Dr. med. Thorsten Otlewski
Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. Nicole Otlewski
Fachärztin f. Innere Medizin

Dr. med. Gerd-Christian Sutor
Facharzt für Innere Medizin – Allergologie
Lungen- und Bronchialheilkunde
Schlafmedizin, Rettungsmedizin

STANDORT
WETTMAR
Hauptstr. 61
30938 Burgwedel/
Wettmar
Tel.: 05139-3033
Fax: 05139-4569

STANDORT
GROSSBURGWEDEL
(PRIVATPRAXIS)
Hannoversche Str. 4b
30938 Burgwedel
Tel.: 05139-1007
Fax: 05139-4569

Praxis Burgwedel · Hauptstr. 61 · 30938 Burgwedel OT Wettmar

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

Ich
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- meine Behandlungsdaten an das Labor für die Zwecke der Untersuchung des eingesandten Blutes oder der Körpermaterialien übermittelt und dass Laborbefunde vom Labor-Arzt direkt an die einsendende Praxis übermittelt werden dürfen.

Für den Fall, dass ich einen anderen Hausarzt habe oder von anderen Ärzten mitbehandelt werde, erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt oder anderen mitbehandelnden Arzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist:
.....
.....

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

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

- bitte wenden -



PRAXIS BURGWEDEL

ZENTRUM FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN

STANDORT

WETTMAR

Hauptstr. 61

30938 Burgwedel/

Wettmar

Tel.: 05139-3033

Fax: 05139-4569

STANDORT

GROSSBURGWEDEL

(PRIVATPRAXIS)

Hannoversche Str. 4b

30938 Burgwedel

Tel.: 05139-1007

Fax: 05139-4569

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Patientendaten

Ich
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich hiermit einverstanden, dass

meine angeforderten Formulare/Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Blutwerte, Befunde, etc.) in Zukunft an folgende Dritte rausgegeben werden dürfen.

Berechtigte Dritte:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

mir angeforderte Formulare/Unterlagen per Post/E-Mail/Fax zugeschickt werden dürfen.

.....

Rezepte an folgende Apotheken übermittelt werden dürfen.

.....
.....
.....

Diese Einwilligung ist gültig, bis ich diese schriftlich widerrufe.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)