

Vorname:  
Nachname:  
Geburtsdatum:  
Strasse und Hausnr.:  
PLZ und Wohnort:  
Telefon:

## **Datenübermittlung an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeut**

(§ 73 Abs. 1b SGB V)

Mein Arzt/Psychotherapeut ist:

.....  
Name und Anschrift des Arztes

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch meinen behandelnden Arzt an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

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

.....  
Datum

.....  
Patient / Sorgeberechtigter