



Mindenerstraße 22, 32547 Bad Oeynhausen
Kaiser-Wilhelm-Straße 6, 32257 Bünde

Nr. _____

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

Ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum

Adresse

erkläre mich einverstanden, dass

- die Ärzte der Praxis Gesichtszentrum Westfalia Dres. Siems, Steiner und Kollegen mich betreffende Untersuchungs-/Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (Auftragslabore etc.) zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern dürfen.
- die Ärzte der Praxis Gesichtszentrum Westfalia Dres. Siems, Steiner und Kollegen mich betreffende Untersuchungs-/Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (Auftragslabore etc.) übermitteln dürfen.

- Informationen (Befunde, Rezepte, Überweisungen etc.) im Rahmen meiner Untersuchung/Behandlung an **folgende Angehörige weitergegeben werden**, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum

Hiermit entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter der Praxis MKG Gesichtszentrum Westfalia Dres.Siems, Steiner und Kollegen für den Zeitraum meiner laufenden Behandlung, für die oben genannten Vorgänge von der ärztlichen Schweigepflicht.

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

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patientin/en bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die oben genannten Zwecke dürfen die Ärzte der Praxis Siems, Steiner und Kollegen meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.