

## Hausärzte- Einwilligungserklärung

Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum (Patient)

.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

mein behandelnder Hausarzt Dr. M. Markewitz, Bleicherstrasse 11, 21614 Buxtehude

- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch ihn durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt;
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

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

....

(Ort, Datum, Unterschrift)