

# Neurologische Berufsausübungsgemeinschaft

**Prof. Dr. med. O. Höffken**  
FA für Neurologie, Schlafmedizin  
Schmerztherapie und Palliativmedizin  
Tel.: 02324-3956366

**Dr. med. J. Welnic**  
Facharzt für Neurologie  
Tel.: 02324-3956367

Hauptstr. 68 ● 45549 Sprockhövel ● Fax: 02324 - 506151  
www.neurologie-sprockhoevel.de

---

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist rechtlich geregelt, dass wir Patientendaten nur erheben und übermitteln dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) z. B. Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage die Daten von uns erhalten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Nur wenn uns dies vorliegt, werden diese Daten weitergeleitet.

Ich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentationen und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Facharzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters