

**Patientenservice Datenschutz** (Patient. Comp. Nr.: \_\_\_\_\_ )  
von Praxis auszufüllen

Einverständnis zur Erhebung und Übermittlung, bzw. Weiterleitung von Patientendaten gem. § 73 Abs.1b SGB V. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Patient: Name + Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ + Ort \_\_\_\_\_

1.) Ich bin damit einverstanden, dass durch die Hautarztpraxis Dr. Latzke, Alzenau, meine Behandlungsdaten/Befunde/Berichte an folgende Personen, Arztpraxen, Versicherungen, Kliniken, sonstige Einrichtung übermittelt werden dürfen:

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ + Ort \_\_\_\_\_

2.) Ich entbinde meine zuvor behandelnden Ärzte/Kliniken/Praxen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass die dort erhobenen Behandlungsdaten/Befunde/Berichte an die Praxis Dr. Latzke, Alzenau weitergegeben werden dürfen.

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Alzenau, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Dieses Formular ist **persönlich in der Praxis abzugeben** unter gleichzeitiger Vorlage der **Versichertenkarte** und des **Personalausweises**.

Identitätsprüfung per Versichertenkarte durchgeführt:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxis Dr. Latzke medizinische Fachangestellte                      Praxisstempel

Identitätsprüfung per Personalausweis durchgeführt:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxis Dr. Latzke medizinische Fachangestellte                      Praxisstempel

**Dieses Formular besitzt ohne Praxisstempel keine Gültigkeit.**