



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

Ich

---

*(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)*

erkläre mich einverstanden, dass

- behandelnde Ärztinnen und Ärzte meine Behandlungsdaten und erhobenen Befunde an meine Hausarztpraxis übermitteln.
- meine Hausarztpraxis relevante Befunde an mich behandelnde Ärztinnen und Ärzte übermitteln darf, welche für die weitere Behandlung erforderlich sind.

Meine Hausarztpraxis ist:

**Praxis am Kurhaus**  
Dr. med. Nina Plappert  
Dr. med. univ. Fabian Schmidt  
Dr. med. univ. Frederik Bucher  
Klausenberg 4  
86199 Göggingen

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

---

*(Ort, Datum)*

---

*(Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)*