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

**Name:**

**Geburtsdatum:**

erkläre mich einverstanden, dass

* Mein Hausarzt bzw. Diabetologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert bzw. dokumentiert.
* Mein Hausarzt bzw. Diabetologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunden mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt/Diabetologen wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt/Diabetologe meinem neuen Hausarzt/Diabetologen die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt/Diabetologe diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

-----------------------------------------

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Husum, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_