

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

.....  
Vor-, Nachname

.....  
Geburtsdatum

Für meine Behandlung ist die Erhebung von persönlichen Daten Voraussetzung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine vollständige und sorgfältige Behandlung nicht gewährleistet werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass Herr Dr. med. Marcus Heuser-Link die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt, Fachärzten und Radiologen wie z. B. die Radiologie Oberland im Krankenhaus Agatharied, bei denen ich in Behandlung bin/war, einholt.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten nur an Haus- und Fachärzte übermittelt werden, um eine weitere vollständige und sorgfältige Behandlung zu gewährleisten.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich bzgl. einer Terminvereinbarung, -änderung oder einer Befundübermittlung per Telefon, elektronischer Post oder per Postbrief kontaktiert werden kann.
- Mir ist bewusst, dass die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an andere Leistungserbringer, wie kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und/oder privatärztliche Verrechnungsstellen erfolgen, zum Zwecke der Abrechnung der bei mir erbrachten Leistungen.

Ich habe das Recht diese Einverständniserklärung jederzeit „ganz“ oder teilweise schriftlich zu widerrufen. Ich habe das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen auf Löschung von Daten und Übertragbarkeit. (Einschränkung bei der Übermittlung für die Leistungsabrechnung.)

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

**Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet Ihre personenbezogenen Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.**