

# *Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden-§ 73 Abs.1b SGB V*

Durch den Patienten auszufüllen!

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse

- O Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Therapeut (Ergotherapeut/Handtherapeut) die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem verordnenden Arzt (Facharzt/Hausarzt) und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholen darf. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen, die zur Behandlung relevant sind, weiterzuleiten. Mein behandelnder Therapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.  
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.**

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Therapeuten/  
Praxisinhabers

PRAXIS FÜR ERGOTHERAPIE  
& HANDTHERAPIE  
Rita Schulze Tergeist  
Im Rudert 2 • 35043 Marburg  
Tel.: 06421 / 48 73 54