



## Einverständniserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, Facharzt

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

Hiermit erkläre ich

|               |  |
|---------------|--|
| Vor- / Zuname |  |
| Geburtsdatum  |  |
| Anschrift     |  |

mich einverstanden, dass

- ☐ betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Zahnärzten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung **anfordert** werden.
- ☐ betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte und Zahnärzte **übermittelt** werden.
- ☐ für die Behandlung notwendige Fragen und Befunde mit dem Hausarzt, Facharzt oder Fachzahnarzt **besprochen** werden.

Arzt:

|               |  |
|---------------|--|
| Vor- / Zuname |  |
| Anschrift     |  |

Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann diese Einwilligung zudem jederzeit in Textform (z. B. Brief, E-Mail) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mein Daten werden dann nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient  
(bzw. ges. Vertreter)