



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

Ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

bin einverstanden, dass meine persönliche und für meine Behandlungen erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten von der

Praxis für die ganze Familie  
Galina Tchirkov  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Königsberger Str. 75, 63512 Hainburg

gespeichert werden.

**Die Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in der Praxis habe ich gelesen und verstanden.**

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann, in diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

*Die Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in der Praxis wurden mir ausgehändigt.*

oder

**Ich verzichte auf die Mitnahme der Unterlagen der Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in der Praxis.**

Bitte teilen Sie uns mit, ob und auf welchen Wegen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen dürfen:

Festnetz-Nr.: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)