



Frauenarztpraxis Dr. med. Eva Böhm
Mainzer Straße 33
55411 Bingen am Rhein

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

Ich, _____,
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

habe das Infoblatt zum Datenschutz zur Kenntnis
genommen und erkläre mich einverstanden, dass:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und
Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung
angefordert werden dürfen.

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und
Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Sollte ich den Frauenarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein neuer
Frauenarzt, die über mich gespeicherten Unterlagen hier anfordern darf und in
meinem Sinne weitergegeben werden.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Patientin bzw. gesetzl. Vertreters)

Hinweis:

Für andere als auf dem Infoblatt genannte Zwecke, darf meine Frauenärztin meine
Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.