

**Einverständniserklärung zur Erhebung, Übermittlung und Einsichtnahme meiner Patientendaten im Rahmen meiner Behandlung in der MVZ GmbH, gem. § 73 Abs. 1b SGB V**

**Ich** \_\_\_\_\_ **erkläre mich einverstanden,**  
**dass:** Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

die Ärzte und Therapeuten der MVZ GmbH, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation, weiteren Behandlung und Einsichtnahme anfordern können.

die Ärzte und Leistungserbringer des MVZ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und/oder Leistungserbringer übermitteln darf.

die Ärzte und Therapeuten von mir gemachte Fotos oder Videoaufnahmen zum Zwecke der Dokumentation archivieren und an andere Ärzte und Leistungserbringer weiterleiten dürfen.

die MVZ GmbH durch ihre Ärzte und Therapeuten aufgenommene Fotos und Videoaufnahmen für wissenschaftliche und/oder Schulungszwecke sowie zur Veröffentlichung in anonymisierter Form verwenden dürfen.

bis auf Widerruf meine Daten und Eintragungen des angestellten medizinischen Personals, der Therapeuten und Ärzte der MVZ GmbH und der Nebenstellen in die jederzeit eingesehen werden dürfen.

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

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient, bzw. gesetzlicher Vertreter**

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf die MVZ GmbH meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder sonst wie nutzen.

Leistungserbringer: Ärzte der MVZ GmbH, Ergotherapeuten, Sozialtherapeuten, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Osteopathen, Apotheker, Podologen, und Fußpfleger, angestellte Arzthelferinnen und MFA, Suchttherapeuten der MVZ GmbH.

Einverständniserklärung

Praxisname / Praxisstempel:

---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an**

- Sonstige allgemeine MVZ Informationen über Termine, neue Therapiemethoden etc.
- Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

auf folgendem Weg

- Brief
- E-Mail
- Telefon
- SMS

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in