



**Nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!**

Aufnahmetag:

Fallnummer:

Station:

## **Datenübermittlung an den Hausarzt**

(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich, Muster Mustermann

bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem **Hausarzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Mein **Hausarzt** ist:

Dr. Beispiel  
Musterstrasse 8  
99999 Musterstadt

**Diese Einwilligung kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt.**

Bad Neustadt, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten des  
oder der Sorgeberechtigten)