

## Einwilligungserklärung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass mein behandelnder Arzt / meine behandelnde Ärztin

Frau / Herr

.....  
.....  
.....

Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärztinnen / Ärzten übermittelt (Datenübermittlung).

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

.....  
Name, Vorname