

# Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich

---

Vorname, Name, Geburtsdatum

willige ein, dass mein behandelnder Facharzt

Praxisname: Dr. med. Markus Escher, FA für Gastroenterologie und Innere Medizin  
Eltinger Str. 13, 71229 Leonberg, Tel. 07152/939840

- meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und mich behandelnde Ärzte zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt.
- bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen.
- sollte eine Kontaktaufnahme per Email erfolgen, diese Daten im Rahmen des Kontakts verarbeiten darf. Emails werden nicht archiviert und direkt nach der Bearbeitung gelöscht.

Mein Hausarzt ist:

---

Name des Hausarztes

Mitbehandelnde Ärzte sind:

---

Name des Arztes/ der Ärzte

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

---

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters