



Dr. med.
Andreas Sandhaus

**Einverständniserklärung zur
Erhebung / Übermittlung von
PatientInnendaten gemäß
§ 73 Abs. 1b SGB V**

CHIRURG/UNFALLCHIRURG UND ORTHOPÄDE
D-ARZT DER BERUFGENOSSENSCHAFTEN
DURCHGANGSARZT FÜR ARBEITS- UND SCHULUNFÄLLE
BEHANDLUNG VON SPORTVERLETZUNGEN
AMBULANTE OPERATIONEN
ARTHROSKOPIEN ALLER GROSSEN GELENKE
FUSSCHIRURGIE

Praxisklinik am St. Vinzenz-Hospital
Hammer Str. 9
49740 Haselünne

TELEFON 0 59 61 / 44 40
TELEFAX 0 59 61 / 44 42
E-MAIL Andreas.Sandhaus@web.de
INTERNET www.Dr-Sandhaus.de
SPRECHZEITEN Unfälle ganztägig · Termine nach Vereinbarung

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt, an einen weiterbehandelnden Facharzt, einen Psychotherapeuten oder einen anderen Leistungserbringer übermittelt.
- mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer vorliegen.
- mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt, an einen weiterbehandelnden Facharzt, einen Psychotherapeuten oder einen anderen Leistungserbringer übermittelt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift PatientIn / gesetzliche/r VertreterIn)