Dr. med. Monika Killaitis

Fachärztin für Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin, Diabetologie

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Bitte ausfüllen und ankreuzen:

....

Name, Vorname, Geburtsdatum Krankenkasse

.....

Telefonnummer E-Mail

Ja	Nein	
0	0	Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
0	0	Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.
0	0	Ich bin an der Terminerinnerung für Vorsorgeuntersuchungen und Impftermine, die von Krankenkasse empfohlen werden interessiert. Die Erinnerung soll: telefonisch/ per Postkarte/ E-Mail erfolgen.
0	0	Für unsere mobilitätseingeschränkten Patientinnen und Patienten, die von einem Pflegedienst betreut werden: Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Monika Killaitis meine Rezepte an u.g. Apotheke/ Therapeuten/Pflegedienst faxt/ hinterlegt/per Post schickt. .....

Ort, Datum .....Unterschrift Patient.....

Unterschrift Dr. med. Killaitis.....

Bahnhofstrasse 27, 21255 Tostedt, Tel. 04182 238929-0, Fax -9, praxis@dr-killaitis.de