

Dr. med. Jochen Frenkler

Internist / Hausärztliche Versorgung

Friedberger Str. 119, 86163 Augsburg, Tel. 0821/ 661213, Fax. 666837

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich, _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

(Straße, Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

- Herr Dr. med. J. Frenkler mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Herr Dr. med. J. Frenkler mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass folgende Personen medizinische Unterlagen (z. B. Rezepte) in meinem Auftrag abholen dürfen bzw. med. Ergebnisse abfragen dürfen.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)