**Praxis Dr. med. Andrea Schwalb**
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Hickengrundstr. 75
57299 Burbach-Holzhausen

Telefon 0 27 36 - 44 95 67
Fax 0 27 36 - 50 95 11
E-Mail kontakt@spv-praxis-schwalb.de

# Einverständniserklärung

## zur Ergebnisübermittlung von Patientendaten

## gem. §73 Abs.1 b SGB V

Ich _____

*gesetzlicher Vertreter* von *Name des Kindes* *Geb.-Datum*

erkläre mich einverstanden, dass:

- der Haus-/ Kinder-/ Facharzt und Einrichtung, ……
  des oben genannten Patienten betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert. – *Nicht gewünschter Adressat bitte streichen* –
- der Haus-/ Kinder-/ Facharzt und Einrichtung, , ……
  des oben genannten Patienten betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich und an andere behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
  – *Nicht gewünschter Adressat bitte streichen* –

Sollte die Praxis/Einrichtung, gewechselt werden, bin ich damit einverstanden, dass die über o.g. Patienten gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. diese Unterlagen anfordert werden können.

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)*

**Hinweis:** *Für andere als die o.g. Zwecke dürfen meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermittelt, verarbeitet und genutzt werden.*