

+++++Martina Skrotzki

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tel.: 0271-703096-0

Heeserstr. 8

Fax: 0271-703096-29

57072 Siegen

E-Mail: : info@praxis-skrotzki.de

---

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

Hiermit erkläre ich .....

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

mich damit einverstanden, dass betreffend mein Kind .....

.....

- der behandelnde Arzt die Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt/Kinderarzt ist: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hinweis: Für andere als die oben genannten Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.