Praxis Prof. Dr. med. Marlies Michl
Dr. med. Gerlinde Michl
Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie
Sollner Straße 65b, 81479 München
Tel. 089-55279260 Fax 089-552792610

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

Ich, _____, geb.: _____

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein/e Hausarzt/-ärztin und die weiteren mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte mich betreffende Befunde und Behandlungsdaten zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung bei anderen Ärztinnen und Ärzten und Leistungsbringern erheben,

- andere Ärztinnen und Ärzte und Leistungsbringer meine Befunde und Behandlungsdaten zu den gleichen Zwecken an meine/n Hausärztin/-arzt und an andere behandelnde Ärztinnen und Ärzte übermitteln dürfen,

- die mich behandelnde Ärztin bei meiner/m Hausärztin/-arzt oder anderen Ärztinnen und Ärzten und Leistungserbringern die für die Behandlung erforderlichen Befunde und Behandlungsdaten erhebt und für die Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt,

Sollte ich die/den Hausärztin/-arzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein/e bisherige/r Arzt/Ärztin meinen neuen Ärztinnen und Ärzten die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein/e neue/r Ärztin/Arzt diese Unterlagen bei meinen bisherigen Ärztinnen und Ärzten erhebt.

Wir arbeiten eng mit den Münchner Universitätskliniken sowie zahlreichen anderen Münchner Kliniken und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten zusammen. Wenn im Krankheitsverlauf spezielle Untersuchungen notwendig werden oder die Möglichkeit einer Spezialbehandlung überprüft werden soll, erfolgt dies häufig vorab auf Basis von aktuellen Untersuchungsergebnissen im Rahmen eines interdisziplinären Treffens von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen (z.B. Tumorboards), ohne dass der/die Patient/in selbst anwesend sein muss.

- Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine behandelnden Ärztinnen die zu diesem Zwecke erforderlichen Befunde und Behandlungsdaten übermitteln dürfen.

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

München, den _____

Prof. Dr. med. Marlies Michl
Dr. med. Gerlinde Michl

Unterschrift, Patient*in