

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datenübermittlung an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeut

(§ 73 Abs. 1b SGB V)

Mein Hausarzt ist:

.....
Name und Anschrift des Hausarztes

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch meinen behandelnden Arzt an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
Datum

.....
Patient