



## Schweigepflichtsentbindung

Bitte füllen Sie die Einverständniserklärung zur Einholung und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden nach § 73 Abs. 1 b SGB V sorgfältig aus.

Name, Vorname

Geburtsdatum



Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Dr. med. Natascha Kissling und Dr. med. Julia Kolb Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt Dr. med. Natascha Kissling und Dr. med. Julia Kolb weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

**Ich wünsche eine Befundübermittlung von folgender Klinik/ Praxis oder sonstigen Leistungserbringer:**

Name, Anschrift, Faxnummer



Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Dr. Kissling/ Dr. Kolb die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an einen anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, weiterleitet. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

**Ich wünsche eine Befundübermittlung an folgende Klinik/ Praxis oder sonstigen Leistungserbringer:**

Name, Anschrift, Faxnummer

Datum

Unterschrift Patient