

**Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten
durch den Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V**

Ich

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

stimme zu, dass in meiner Hausarztpraxis „Praxis Dr. v. Löwenstern“, Herdweg 4, 70771 Leinfelden-Echterdingen meine für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mich behandelnde Leistungserbringer übermittelt werden.

Ich konnte Einsicht nehmen in ein Informationsblatt zum Datenschutz, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

☐ Ich stimme der Nutzung meiner Daten zum Zwecke von Praxismailings und Terminerinnerungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters

PRAXIS DR VON LÖWENSTERN

Allgemein- u. Funktionelle Medizin

📍 Herdweg 4 - 70771 Leinfelden-Echterdingen

☎ 0711 796718 📠 0711 7970308

✉ empfang@praxis-loewenstern.de

Arbeits- u. Flugmedizin - AME Kl. 2

📍 Terminal 1 West - 70629 Stuttgart (Flughafen)

☎ 0711 97469223

✉ amc@amc-stuttgart.info