

Schweigepflichtsentbindung und Einverständniserklärung zur Übermittlung von
Behandlungsdaten und Befunden

Hiermit erteile ich,

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

meine ausdrückliche Zustimmung zur Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde gemäß § 73 Abs. 1b SGB V. Ich bin darüber informiert, dass diese Daten zur Verbesserung meiner medizinischen Versorgung und zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten verwendet werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass folgende Daten übermittelt werden dürfen:

- Behandlungsdaten
- Diagnosen
- Befunde
- Therapiefortschritte
- Medikationspläne

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Der Widerruf ist schriftlich an die oben genannte Praxis zu richten.

Ich bestätige, dass ich über die Bedeutung dieser Erklärung aufgeklärt wurde und alle Fragen dazu beantwortet wurden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihre **Praxis für Schmerztherapie**

Thomas Lupp,
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
Spezielle Schmerztherapie
Erich-Kästner-Straße 3, 65232 Taunusstein
Telefon: 06128/9999260