



**Hiermit erkläre ich:** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

**als gesetzlicher Vertreter meines Kindes:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

**mein Einverständnis zu folgenden Sachverhalten:**

**1. Information zur Erkrankung meines Kindes/Arztbriefe bzw. meiner Erkrankung/Arztbriefe**

Gemäß §73 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Silvija Jerkic und Dr. Christian Walter, Befunde bei weiteren Leistungserbringern (Ärzte, Ärztinnen, andere Arztpraxen, Therapeuten, Kliniken, Labor) einholt und bei uns erhobene Befunde an mit-/weiterbehandelnde Arztpraxen oder Kliniken auf deren Wunsch hin übermittelt.

**2. Datenübermittlung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Arztbriefe postalisch, elektronisch per FAX oder VPN Tunnelleitung versendet werden dürfen an mit-/weiterbehandelnde Arztpraxen oder Kliniken sowie zum Zwecke der Leistungsabrechnung an Kostenträger wie die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sowie sonstige Kostenträger wie z.B. die Abrechnungsstelle Helmsauer für Zusatzverträge der Krankenkassen.

**3. Informationsweitergabe an Dritte (z.B. Angehörige)**

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Gemeinschaftspraxis Informationen an folgende Personen auf meinen Wunsch hin weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des/der Ermächtigten, Telefonnummer, Geburtsdatum, Adresse:

**4. Terminvergabe per e-mail**

Ich bin mit der Vergabe von Terminen per e-mail einverstanden.

**4. Patienteninformation zum Datenschutz**

Ich wurde auf die Patienteninformation zum Datenschutz der Praxis hingewiesen und hatte Möglichkeit diese einzusehen sowie Fragen hierzu zu stellen.

**6. Widerrufsrecht**

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift