

Praxis Dr. S. Steffenhagen und Frau C. Hofmann

**Einverständnis Datenübermittlung zwischen**

**Dr. Steffenhagen, C.Hofmann und \_\_\_\_\_**

**Einverständniserklärung gern. §73 Abs. 1b Satz 2 SGB V und  
Artikel 9 Absatz 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b  
Bundesdatenschutzgesetz**

Ich bin damit einverstanden, dass die **Praxis Dr. Steffenhagen, C.Hofmann** die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Krankenkassen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Verrechnungsstellen, Physiotherapeuten, Logopäden zum Zwecke der Diagnostik, Mit- und Weiterbehandlung, Leistungserfassung und-abrechnung und Liquidation übermittelt.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die **Praxis Dr. Steffenhagen, C.Hofmann** die bei mit- und weiterbehandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Die Praxis wird diese Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie auch übermittelt worden sind.

- Ja
- Nein

Die Datenübermittlung und Datenverarbeitung kann auch per elektronischer Datenfernübertragung erfolgen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber **der Praxis Dr. Steffenhagen, C.Hofmann** widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs, der auch schriftlich erfolgen muss, findet keine weitere Datenübermittlung statt.

Köln, den

Unterschrift des Patienten: \_ \_ \_ \_ \_