



Einverständnis Befund- und Bildweitergabe und –Anforderung
gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V sowie Entbindung von der Schweigepflicht allgemein:

Durch den Patienten auszufüllen!

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Weitergabe:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis **Dr. med. Michael Zimmermann, Facharzt für Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Obere Anlage 2, 96450 Coburg, Tel: 09561/7941334, Fax 09561/7941335**, meine Befund – und Bilddaten meinen behandelnden Ärzten zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Anforderung:

... und das die Praxis Dr. med. Michael Zimmermann Befund- und Bilddaten von meinen behandelnden Ärzten anfordern und verwenden kann, die sie für die Leistungserbringung benötigen.

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Entbindung von der Schweigepflicht:

Hiermit entbinde ich die Praxis Dr. med. Michael Zimmermann, **gegenüber Versicherungen, Ehe-/Lebenspartnern, Familienmitglieder, anderen Ärzten, Rechtsanwälten und sonstigen medizinischen und nicht medizinischen Einrichtungen (z.B. Physiotherapie)** von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zustimmung für Terminerinnerung über E-Mail oder SMS:

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

E-Mail-Adresse:

Datum und Unterschrift Patient: _____

Erziehungsberechtigter bei minderjährigen Patient

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.