GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. MÜLLER-RENZ / DR. BRAUN
UNTERSCHNEIDHEIM

ZUSTIMMUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN DURCH DEN HAUSARZT NACH §73 Abs. 1b SGB V

Ich

_____

Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum

stimme zu, dass mein Hausarzt

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Theresa Müller-Renz und
Dr. med. Roland Braun
Lessingstraße 14
73485 Unterschneidheim

- die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mich behandelnde Leistungserbringer übermittelt.
- die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde anderer Leistungserbringer anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

_____

Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

GEMEINSCHAFTSPRAXIS DR. MED. THERESA MÜLLER-RENZ UND DR. MED. ROLAND BRAUN
Innere Medizin/Hausärztliche Versorgung, Allgemeinmedizin und Betriebsmedizin
Lessingstraße 14 · 73485 Unterschneidheim · Telefon 07966 2818 · Fax 07966 1287
www.praxis-unterschneidheim.de