

Ich willige hiermit ein, dass der Arzt Dr. med. Steffen Ther berechtigt ist, gemäß §73 Abs 1b SGB V, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen betreuenden Ärzten anzufordern und diese für die Bewertung meines Gesundheitszustandes und die weitere Behandlung zu nutzen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Rostock, den..... Unterschrift.....

Herr Dr. med. Steffen Ther ist außerdem berechtigt, meine Behandlungsdaten und Befunde an die unten genannten Ärzte und medizinischen Einrichtungen zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Mir ist bekannt, dass sich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ärzte und Einrichtungen an die Befunde und Behandlungsdaten übermittelt werden dürfen:

- 1.)
- 2.)
- 3.)
- 4.)
- 5.)

Name der Krankenkasse:

Personen, die im Notfall benachrichtigt werden dürfen (mit Telefon Nummer):

.....
.....
.....

Rostock, den..... Unterschrift

Name des Patienten:

Telefonnummer: