



**nicole becker**

FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN

INTERNISTISCH HAUSÄRZTLICHE  
PRAXIS POHLHEIM-WATZENBORN

## **Patientenerklärung – Datenschutz**

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Bitte zutreffendes ankreuzen

**Informationen zu meiner Krankenakte / Arztbriefe**

Gemäß § 73 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Praxis Nicole Becker, Gießener Straße 22, 35415 Pohlheim, Befunde bei weiteren Leistungserbringern (z.B. Facharzt, Klinik, Labor) einholen darf und in der Praxis erhobene Befunde an mit-/weiterbehandelnde Arztpraxen, Kliniken oder sonstige Institutionen auf deren Wunsch übermittelt werden dürfen.

**Datenübermittlung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Arztbriefe elektronisch per Fax, E-Mail oder Telematikinfrastruktur versendet werden dürfen.

**Informationsweitergabe an Dritte (Angehörige)**

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

**Name der/des Ermächtigten, Telefonnummer, Geb. Datum, Adresse:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum

Unterschrift