

# Gastroenterologie am Gendarmenmarkt

## Fachpraxis für Innere Medizin und Gastroenterologie



Selbstauskunft und Einverständniserklärung zur  
Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
(gemäß § 73 Abs. 1b SGB V)

Dr. med. Julia Breitzkreutz  
Dr. med. Christian Breitzkreutz  
Fachärzte für Innere Medizin/  
Gastroenterologie  
Taubenstr. 20 10117 Berlin  
Telefon 030/20607741  
Telefax 030/20607739

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ):

Telefonnummer (Mobil):

E-Mail:

Rechnungsempfänger (falls abweichend):

Krankenversicherung:

Tarif:  Normal  Standard  Basis  Besonderheiten (z.B.  
Steigerungsfaktor):

Selbstzahler:  ja  nein

Beamtenstatus:  ja  nein

Hausarzt:

**Ich erkläre mich einverstanden,**

- dass mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt übermittelt (zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung).

- dass mein behandelnder Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Für andere als die oben genannten Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen

Ich erkläre mich zudem einverstanden, dass die Praxis mir Terminerinnerungen per E-mail oder SMS zusendet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

