|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1b SGB V**

Ich stimme zu, dass **mein behandelnder Facharzt Herr B. Ettehadieh-Tafti, Waldkircherstr.32, 79211 Denzlingen**, meine Behandlungsunterlagen und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der beim Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt.

**Mein Hausarzt ist:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Denzlingen, den  | x |
|  | Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters |