



Datenübermittlung an den weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeut
(§73 Abs. 1b SGB V)

Der zukünftige Hausarzt ist:

Name und Adresse des zukünftigen Hausarztes

Ich bin damit einverstanden, dass für mein Kind:

(Nachname, Vorname, geb. Datum, Straße, PLZ und Ort des Kindes/Patienten)

die Behandlungsdaten/Befunde durch die Praxis Dres. Schindler/Panter, Kirchplatz 10, 77704 Oberkirch an den zukünftigen oder weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Befundanforderung vom vorherigen Arzt/Psychotherapeut
(§73 Abs. 1b SGB V)

Der vorherige Hausarzt war:

Name und Adresse des vorherigen Hausarztes

Ich bin damit einverstanden, dass für mein Kind:

(Nachname, Vorname, geb. Datum, Straße, PLZ und Ort des Kindes)

die Behandlungsdaten/Befunde an die Praxis Dres. Schindler/Panter, Kirchplatz 10, 77704 Oberkirch zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Entbindung der Schweigepflicht (§73 Abs. 1b SGB V)

Hiermit entbinde ich die Praxis Dres. Schindler/Panter, Kirchplatz 10, 77704 Oberkirch gegenüber: _____

von der Schweigepflicht und erlaube den gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über: _____

(Nachname, Vorname, geb. Datum, Straße, PLZ und Ort des Kindes/Patienten)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Gemeinschaftspraxis

Dr. Bernd Schindler

Dr. Beatrix Panter

Tel. 07802 50 005

Fax 07802 700 111

Neumatt 2

77704 Oberkirch

info@schindler-panter.de

www.schindler-panter.de

