



**Fd-29-15 Datenübermittlung zwischen Hausarzt, vor-/mit-/nachbehandelndem Arzt und Krankenhaus**

**Datenübermittlung zwischen Hausarzt, vor-/mit-/weiterbehandelndem Arzt und Krankenhaus**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. §73 Abs. 1b SGB V, Art. 27 Abs. 5 S. 2 BayKrG)

.....  
Name, Vorname des Patienten

.....  
Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir angegebenen Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient auch der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja [ ]

Nein [ ]

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die bei meinen Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Insbesondere die Anforderung beim Hausarzt ermöglicht es dem Universitätsklinikum, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus dessen zentraler Dokumentation zu erhalten. Das Universitätsklinikum wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja [ ]

Nein [ ]

**Die Datenübermittlung gilt für:**

[ ] den einweisenden/überweisenden Arzt

[ ] den Hausarzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

[ ] weitere Ärzte, z. B. weiterbehandelnder Arzt, mitbehandelnder Arzt (Name, Fachrichtung und Anschrift):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allgemeine Hinweise für Einverständniserklärungen**

Die vorstehende Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Universitätsklinikum widerrufen werden. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Universitätsklinikum zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Erlangen, den \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten:  
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten) oder des  
Vertreters mit Vertretungsmacht