



## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

### **Befundanforderung**

Ich, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_,

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt, in der Praxis Dr.Jessen/ Grimm, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei \_\_\_\_\_ zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- Befundanforderungen und Befundübermittlungen dürfen elektronisch über die sichere Verbindung KV-Safenet ausgeführt werden !

Hiermit erkläre ich mit der o.g. Befundanforderung einverstanden.  
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Altenholz,

---

Unterschrift des Patienten bzw.  
gesetzl. Vertreters