

**MVZ BGU Murnau GmbH**  
Prof.-Küntscher-Str. 8  
82418 Murnau

Tel 08841 – 482064  
Fax 08841 – 482069  
E-Mail mvz@bgu-murnau.de

**Einverständniserklärung**  
des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden  
gemäß §73 Abs. 1 b SGB V

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

Ich wünsche Folgendes bezüglich der Benutzung meiner persönlichen Daten zu berücksichtigen:

1. **Schweigepflichtentbindung** des MVZs der BGU Murnau gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Zustimmung zur Befundübermittlung an die Erziehungsberechtigten                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zustimmung zur Befundübermittlung an den Hausarzt  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zustimmung zur Befundübermittlung an weiterbehandelnde Ärzte                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zustimmung zur Befundübermittlung an weiterbehandelnde Ärzte der BGU Unfallklinik Murnau | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zustimmung zur Befundübermittlung nur an folgende Ärzte:                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

.....  
**Explizite** Ablehnung der Befundübermittlung an:

.....  Ja  Nein

2. **Berechtigung** des MVZs der BGU Murnau zum Einholen erforderlicher Daten für die Behandlung

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... vom Hausarzt                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... vom überweisenden Facharzt           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... von Röntgeninstituten                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... von der BGU Unfallklinik Murnau      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... von folgenden vorbehandelnden Ärzten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

3. **Trotz datenschutzrechtlicher Sicherheitsbedenken** wünsche ich die vereinfachte Korrespondenz über meine E-Mail-Adresse:

.....  Ja  Nein

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise **widerrufen** kann, ist mir bekannt. **Rückseite bitte beachten.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten