

Dr. med. Sigurd Kellermann  
HNO-Arzt  
Elisabethplatz 1a  
80796 München

**Einverständniserklärung**  
**zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**  
**gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.



---

Bitte bringen Sie Ihre Versichertenkarte sowie dieses Formular und die Datenschutzerklärung unterschrieben zu Ihrem Termin mit.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer : \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Grund des Abstriches:**

- Grippale Symptome wie Husten, Fieber, Geruchs- Geschmacksverlust
- Kontakt zu Corona-positiv getesteter Kontaktperson
- Bayerisches Testkonzept „Söder-Test“
- Meldung Corona Warn-App: „hohes Risiko“
- Veranlassung durch das Gesundheitsamt
- Reiserückkehrer aus Risikogebiet Land/Ort: \_\_\_\_\_

München,

\_\_\_\_\_

Unterschrift