



Datenübermittlung an die urologische
Praxis Dres. med. Haiko Remmert / Thomas Deuchert
(§ 73 Abs. 1b SGB V)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch meinen behandelnden Arzt an meine weiterbehandelnden Ärzte Dr. med. Haiko Remmert / Dr. Thomas Deuchert zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Karlstadt, den _____
Datum Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r)