

**Einverständnis zur Aktenübergabe an den weiterbehandelnden Arzt**

Standort:

Name: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, meine Krankengeschichte (medizinische Unterlagen, Laborwerte, Untersuchungsergebnisse, Berichte von Spezialärzten und Röntgenbilder) an meinen weiterbehandelnden Arzt weiterzuleiten. Ich entbinde Sie hiermit ausdrücklich von Ihrer gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflicht.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
*Ort Datum*

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Patient / Patientin

Weiter behandelnder Arzt / weiterbehandelnde Ärzte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_