**Urologische Praxisgemeinschaft
Dr. med. P. Brna / Christian Stock
Bergerstrasse 175
60385 Frankfurt am Main**

Einwilligungserklärung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass mein behandelnder Arzt,

Dr. med. Petra Brna / Christian Stock

Befunde und Behandlungsinformationen von anderen Leistungserbringern einholen und eigens erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte sowie Versorgungsämter übermitteln darf (per Fax, Email, Telefon, Post). Ja Nein

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Folgende Personen sind auskunftsberechtigt (Vor- und Nachname, Geb. Datum):

- _____
- _____

Nur für Patienten von **Dr. Westrich** die **zuletzt vor dem 01.04.2022** hier in Behandlung waren:
Herr Stock darf auf meine bereits vorhandene Akte zugreifen.

ja / nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich **mich selbst** über die Ergebnisse meiner Untersuchungen in der Praxisgemeinschaft Dr. med. Brna / Christian Stock **informieren** muss und dass **keine automatische Information** durch die Praxisgemeinschaft an mich erfolgt.

Wenn ein Termin nicht mindestens **24h im Voraus** abgesagt wird, fällt eine **Ausfallgebühr** in Höhe von **25€** an. Absagen können per Email **terminabsage@urologiebergerstrasse.de** oder telefonisch (**069/ 45 23 87**) erfolgen.

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Ffm, den _____

Unterschrift: _____