



Hämatologie und Onkologie  
Palliativmedizin  
Gynäkologische Onkologie  
Laboratoriumsmedizin  
Transfusionsmedizin  
Hämostaseologie

**ZENTRUM FÜR AMBULANTE ONKOLOGIE UND HÄMATOLOGIE  
IM STRUENSEE-HAUS**

Onkologicum HOPA MVZ GmbH  
Mörkenstraße 47  
22767 Hamburg

www.hopa.de  
info@hopa.de  
DIN EN ISO 9001 zertifiziert



Name, Vorname:

Geb. am:

„Daten“ im Sinne der nachfolgenden Erklärung sind Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu gehören unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen

**Einverständniserklärung zur Übermittlung von Daten gem. §73 Abs. 1b SGB V**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten.

Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der HOPA die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt der HOPA darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

*[Zutreffende Punkte zur Zustimmung bitte ankreuzen]*

Datum

Unterschrift des Patienten