

Praxis:

---

### Informationsweitergabe an Angehörige oder betreuende Personen

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen die folgenden Angehörigen oder betreuende Personen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen      Telefonnummer      Geburtsdatum

---

Name des Pat, Geburtsdatum

---

Ort/Datum /Unterschrift des Patienten

### Anforderung von Patientenunterlagen

Gemäß Paragraph 73(1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen und Ärzte übermittelt.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift des Patienten

## عيادة الدكتورة سيمونه براونه، شارع فريتس فايرغ 12، 38448 فولفسبورغ

السماح باعطاء معلومات للأهل والأقارب

لا مانع لدي ان تعطي العيادة اعلاه معلومات عن حالتي الصحية للقريب او الشخص التالي وايضاً الاسئلة عبر التلفون.

تاريخ الولادة

رقم التلفون

اسم القريب أو الشخص

---

المكان والتاريخ وتوقيع المريض

---

اسم المريض وتاريخ الولادة

طلب صور عن اضبارة المريض

انا اسمح بموجب القانون 73(1b) SGB V للعيادة اعلاه بجلب معلومات عن حالتي المرضية وايضاً اعطاء معلومات عن حالتي الصحية من وإلى عيادات واطباء اخرين

---

توقيع المريض

---

المكان والتاريخ