

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten**A. Erteilte Einwilligungserklärungen**

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

 ja nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

 ja nein
Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen
Verordnung (Teil B-E)
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

*Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen,
sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.*

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ _____

Ort _____

Straße, Haus-Nr. _____

Name, Vorname

PLZ _____

Ort _____

Straße, Haus-Nr. _____

Name, Vorname

PLZ _____

Ort _____

Straße, Haus-Nr. _____

Datum _____

Unterschrift der oder des Versicherten
(des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten)**Ausfertigung für den Vertragsarzt**PRF.NR.
Muster 61 Teil Eb/E (7.2022)