



**GALINA TCHIRKOV**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

**IGOR TCHIRKOV**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
palliative Behandlung  
Arzt für Tauch- u. Überdruckmedizin GTÜM

Königsberger Str. 75 · 63512 Hainburg  
Tel: 06182/60618 · Fax: 06182/66154  
[www.praxistchirkov.de](http://www.praxistchirkov.de) · team@praxistchirkov.de

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

**Ich**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Festnetz: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**bin einverstanden, dass meine persönliche und für meine Behandlungen erforderlichen  
personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten von der**

Praxis für die ganze Familie  
Galina & Igor Tchirkov  
Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Königsberger Str. 75, 63512 Hainburg

**gespeichert werden.**

**Die „Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in der Praxis“ habe ich  
gelesen, verstanden und akzeptiert.**

*Die „Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in der Praxis“  
wurden mir ausgehändigt.*

**oder**

**Ich verzichte auf die Mitnahme der Unterlagen der „Informationen zum Datenschutz  
sowie zur Datenverarbeitung in der Praxis“.**

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann,  
in diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt  
werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der  
gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)