

PATIENTENANGABEN

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Name des Haus-/Allgemeinarztes: _____

Allergien _____

Aktuelle Medikation _____

Sonstiges _____

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst und halten uns strikt an die Vorgaben der Europäischen Datenschutzverordnung und das nationale Datenschutz- und Umsetzungsgesetz. Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Daten. Diese Daten werden ausschließlich für interne Zwecke benutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit per Mail, Fax oder postalisch an unsere Praxis-Kontaktdaten oder persönlich widerrufen werden.

Ich stimme zu,
(Frau/ Herr): _____ geboren am: _____

dass die Praxis ELLER & KELLERMANN

- meine private Telefonnummer und meine private E-Mailadresse für interne Zwecke in meiner elektronischen Patientenakte speichern darf.
Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- meine private Telefonnummer und meine private E-Mailadresse für interne Zwecke im Terminierungssystem Doctolib speichern darf.
Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, über meinen Termin per SMS und E-Mail informiert zu werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich habe alle Angaben freiwillig gemacht. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs unberührt.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich widerruflich mein Einverständnis, dass meine Befunde an andere Ärzte verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.

Üblicherweise erfolgt der Versand/die Anforderung der Sie betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ihren Hausarzt bzw. den zuweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung

Sollte hiervon abgewichen werden müssen, so werden Sie vom Praxisteam im Vorwege darüber informiert.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden. Nutzen Sie dazu auch unsere Widerrufserklärung (an der Anmeldung erhältlich)

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____