

Datenschutz

Vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr:

Ort:

Telefon (privat):

Telefon (mobil):

E-Mail:

Krankenkasse:

Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte:

Hausarzt:

Ort:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt Befunde übermittelt werden.

Ja

Nein

Befundübermittlung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten Befunde übermittelt werden.

Ja

Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die Praxis Dr. Lorch wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

→ Bitte Rückseite ausfüllen!

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja Nein

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer informiert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter