

Einverständniserklärung



Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Wir freuen uns sehr Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen, bevor wir Sie jedoch in vollem Maße versorgen können, brauchen wir Ihre Einwilligung für folgende Angelegenheiten (jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufbar).

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, zur Behandlung eingelesen und gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dres. Reinhardt meine Diagnosen, Befunde und Therapien speichert und verarbeiten darf. Die Informationen zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen (Aushang im Wartezimmer).

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Medikamenten- und Behandlungspläne – für den Fall, dass ich sie nicht selbst abholen kann – an die Apotheke oder an einen ambulanten Versorger (Diakonie, Wundmanager, SAPV) weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung meine relevanten Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit dieser Praxis kooperierendes Labor und an Speziallabore zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Telefonnummer(n) (privat, mobil, geschäftlich): _____

Hiermit erteile ich der Praxis Dres. Reinhardt die Befugnis, telefonische und persönliche Auskünfte und Unterlagen an (Name, Vorname, Verhältnis z.B. Ehefrau, Bruder) herauszugeben:

Effeltrich, den _____

Datum, Unterschrift