

Erklärung zum Datenschutz (diese Seite) und Vollmachten (Rückseite)

Bitte ergänzen Sie Ihre Daten leserlich unbedingt in Druckschrift!

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____
Straße: _____ **PLZ:** _____ **Wohnort:** _____
Telefon - Festnetz: _____ **Telefon - mobil:** _____

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 28.5.2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, verarbeitet oder weiterleitet. Weitere Informationen finden Sie im Schaukasten gegenüber des Eingangs.

Die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden wichtige und notwendige Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Dem überweisenden Arzt gegenüber besteht eine Berichtspflicht. Der Arztbericht wird datenschutzkonform übermittelt. Sie müssen jedoch erklären, ob Sie mit der Einholung bzw. Weitergabe von Befunden und Berichten von oder an andere Ärzte, die Sie ebenfalls behandeln, bzw. medizinische Einrichtungen (z.B. Reha-Kliniken) einverstanden sind, wenn dies im Zusammenhang mit der Behandlung und Beratung im Facharztzentrum Hanau nötig ist. Ihr Einverständnis hierzu können Sie jederzeit widerrufen.

Ich bin mit der Einholung/Versendung von Befunden/Berichten an/von dritten Ärzten bzw. medizinischen Einrichtungen einverstanden Ja Nein

Dürfen wie Sie per Email kontaktieren? Ja Nein

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben unbedingt mit Ihrer Unterschrift.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Bitte unbedingt Rückseite beachten!

Vollmacht zur Bestellung/Abholung von Rezepten/Verordnungen, Vereinbarungen von Terminen

Hiermit bevollmichtige ich folgenden Personen zur Bestellung und Abholung von Rezepten und Verordnungen, sowie zur Terminvereinbarungen in der Sprechstunde.

1. Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

2. Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

3. Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben unbedingt mit Ihrer Unterschrift.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____