



Name: _____ Geb.Datum: _____
Telefon-Nr.: _____ (tagsüber zu erreichen)
Größe: _____ Gewicht: _____
Hausarzt: Name: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, mitbehandelnde Ärzte und Transportunternehmen übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden:

Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Im Falle einer Blutarmut bin ich mit einer Bluttransfusion einverstanden
() Ja () Nein

Sollte die medizinische Notwendigkeit einer HIV- und Hepatitis-Bestimmung mittels Blutentnahme bestehen, bin ich damit einverstanden
() Ja () Nein

Ich bin einverstanden dass ein Passfoto in meine elektronische Patientenakte eingepflegt wird
() Ja () Nein

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum Name