

Einwilligung und Datenschutz

Bitte kreuzen Sie Ihre Auswahl an. Nur ausgewählte Einwilligungen gelten.

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

1 Schweigepflicht und medizinische Unterlagen



Diese Praxis und meine mitbehandelnden Einrichtungen dürfen **nötige Unterlagen und Informationen austauschen**, z. B. Befunde und Bilder. Dafür entbinde ich die beteiligten Ärzte und Mitarbeitenden von der Schweigepflicht.

☐ Ja

☐ Nein

2 Fotos für die Behandlung



Die Praxis darf **Behandlungsfotos aufnehmen und speichern**, z. B. von Wunden, und nötige Fotos an meine mitbehandelnden Einrichtungen geben. **Keine Veröffentlichung.**

☐ Ja

☐ Nein

3 Kontakt per E-Mail



E-Mails können fehlgeleitet oder von Unbefugten gelesen werden. Schutzmaßnahmen der Praxis bleiben erforderlich.

☐ Ja, nur Termine / Organisatorisches

☐ Ja, auch Befunde / Gesundheitsdaten

☐ Nein, keine E-Mail-Kommunikation

4 Befunde per Fax



Die Praxis darf **nötige Befunde per Fax** an meine mitbehandelnden Einrichtungen senden. Mir ist bekannt, dass Fehlversand oder Einsicht durch Unbefugte möglich sind.

☐ Ja

☐ Nein

Freiwillig und widerrufbar

- Widerruf jederzeit für die Zukunft, auch mündlich bei der Praxis.
- Meine reguläre Behandlung bleibt möglich.
- Bereits rechtmäßig verwendete Daten bleiben unberührt.

Auskunft, Berichtigung, weitere Rechte und Kontakte: siehe Datenschutzinformationen.

☐ Datenschutzinformationen erhalten; ich konnte Fragen stellen.

Meine Unterschrift bestätigt meine Auswahl auf dieser Seite.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder berechtigte Vertretung

Schweigepflicht und Termine

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

5 Auskünfte an Angehörige oder Vertrauenspersonen



Ich entbinde Ärzte und Mitarbeitende von der Schweigepflicht für **Gesundheitsauskünfte an die genannten Personen**. Diese dürfen dadurch nicht über meine Behandlung entscheiden.

☐ Ja ☐ Nein

Person / Kontakt: _____

Person / Kontakt: _____

6 Rezepte an meine gewählte Apotheke



Die Praxis darf **Rezepte und nötige Daten an meine Apotheke senden**. Die Wahl der Apotheke ist frei und jederzeit änderbar.

☐ Ja ☐ Nein

Apotheke / Ort: _____

7 Videosprechstunde



Ich erlaube **Videosprechstunde und nötige Datenverarbeitung**. Hinweise zu Praxis, Videodienst und Datenschutz habe ich erhalten. **Verschlüsselt; keine Aufzeichnung**.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Derzeit nicht relevant

8 Betreuungsausweis und Patientenverfügung



Rechtliche Betreuung besteht:

☐ Nein ☐ Ja, Nachweis beigelegt ☐ Ja, Nachweis folgt

Patientenverfügung erstellt:

☐ Nein ☐ Ja, Kopie beigelegt ☐ Ja, Kopie folgt

9 Terminabsage und Ausfallgebühr



Absage: mindestens 24 Stunden vorher.

Unvorhergesehenes Ereignis? Bitte sofort Bescheid geben.

Ausfallgebühr: 30 Euro, privat zu bezahlen.

☐ Absagefrist und Ausfallgebühr sind mir bekannt.

Nur soweit rechtlich zulässig: bei schuldhaftem Versäumnis / verspäteter Absage eines exklusiven Termins, ohne Neuvergabe und mit Verdienstausschlag. Ersparte Kosten werden abgezogen. Ich darf einen geringeren oder fehlenden Ausfall nachweisen.

Punkt 8 erstellt keine Vollmacht oder Patientenverfügung.

Meine Unterschrift bestätigt meine Auswahl und Angaben auf Seite 2.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder berechtigte Vertretung