PRAXIS@arzt81735.net
facharzt für allgemeinmedizin
tel.: 089/6700276 fax: 089/67002771
www.praxis-dr-beck.de

dr. med. a. beck · plettstr.15 · 81735 münchen

Sehr geehrter Herr, sehr geehrte Frau _____geb._____

wir bitten zunächst um die Beantwortung einiger Fragen

Telefonnummer:_____email:_____

Beruf:_____

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen bekannt? _____

_____

Waren Sie länger als drei Monate bei einem Spezialisten in Behandlung?_____

_____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?_____

_____

Leiden Sie an Allergien?_____

Besitzen Sie Impfausweis / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

PRAXIS@arzt81735.net
facharzt für allgemeinmedizin
tel.: 089/6700276 fax: 089/67002771
www.praxis-dr-beck.de

dr. med. a. beck · plettstr.15 · 81735 münchen

Einverständniserklärung Datenschutz

(gemäß Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz)

Ihre Behandlung erfordert die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung personenbezogener und sensibler Daten. Mit diesen Daten gehen wir selbstverständlich sehr verantwortungsbewusst um und halten die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen (Bundesdatenschutzgesetz BDSG—neu sowie die europäische Verordnung EU-DSGVO) ein. Die gesetzlichen Bestimmungen werden auf Wunsch ausgehändigt.

Die gesetzlichen Bestimmungen erfordern Ihre Zustimmung zu verschiedenen Punkten, die Sie jederzeit widerrufen können:

1. Erforderliche Daten werden in unserer Praxissoftware erhoben, verarbeitet und gespeichert
2. Die Nutzung der Daten ist allen in der Praxis auch künftig tätigen Personen erlaubt.
3. Ein Informationsaustausch mit anderen Ärzten, Therapeuten, Krankenkassen, Versicherungen, Abrechnungsstellen und Behörden ist erlaubt.
4. Wir dürfen Sie auf anstehende Termine hinweisen
5. Befunde müssen von Ihnen erfragt werden, eine aktive Übermittlung durch uns erfolgt nicht !
6. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns widerruflich die Kontaktaufnahme mit Ihnen

Ich erkläre mich ausdrücklich und uneingeschränkt mit allen sechs Punkten einverstanden:

Datum:_____Unterschrift:_____

Als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Sie Anspruch auf alle notwendigen ärztlichen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Diesen Leistungsanspruch konkretisiert der § 12,1 des SGB – Ich erkläre mich damit einverstanden, darüber hinaus entstehende Kosten für Wunschleistungen entsprechend der GOÄ selbst zu tragen.

Datum:_____Unterschrift:_____