



## Kontaktdaten und Einverständniserklärung

### Kontaktdaten:

Name, Vorname, Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz, Tel. mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

nächster Angehöriger + Telefon: \_\_\_\_\_

bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärungen zum Thema Schweigepflicht, Datenschutz und Recall

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass diese Praxis meine medizinischen Daten zur Weiterbehandlung an ärztliche Kollegen weiterleiten darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle in dieser Praxis tätigen Ärzte Einblick in meine Krankenakte nehmen dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit bin ich einverstanden, dass mich die Praxis über notwendige bzw. fällige Nachuntersuchungen wie Vorsorgeuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung, Impfungen, Kontrollen im Rahmen der DMP-Programme schriftlich oder telefonisch informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass diese Praxis meine medizinischen Daten zur Weiterbehandlung von ärztlichen Kollegen anfordern darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass in geeigneten Fällen die Sprechstunde auch digital als Videosprechstunde stattfinden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift