

Patienten - Fragebogen (Aufnahme und Schweigepflicht)

Patient Name, Vorname	
PLZ Ort	Strasse Nr.
Tel.1 (tags)	Tel.2 ?
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privat versichert
Eltern Name, Vorname	

Schweigepflichtserklärung:

1. Mir ist bekannt, dass gemäß der ärztlichen Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) meine behandelnden Ärzte verpflichtet sind, anderen in die Behandlung involvierten Ärzten über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten.
2. Mir ist bekannt, dass alle in der Praxis tätigen Ärzte meine personenbezogenen Daten, die Daten meines Kindes gesetzeskonform verarbeiten dürfen.
3. Um eine optimale therapeutische Versorgung sicherzustellen, dürfen meine behandelnden Ärzte, wenn hilfreich oder erforderlich, mit weiteren Leistungserbringern (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Apothekern personenbezogene Daten austauschen.
4. Im Falle eines Arztwechsels / Praxisübergabe dürfen die Nachfolger meine Daten die Daten meines Kindes (Krankenakte) im oben genannten Sinne und nach geltendem Recht speichern, verwalten und bearbeiten.

Sie haben das Recht, Teile dieser Erklärung zu verweigern. Sie haben das Recht, diese Willensäußerung jederzeit zu widerrufen bzw. zu ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Ort, Datum

Unterschriften

Mutter / Vater

