



Praxis am Hogenkamp

Name und Geburtsdatum: Anschrift: Telefonnummer:	
--	--

- Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung meine Behandlungsdaten und Befunde an die/den überweisende/- n Ärztin/ Arzt übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung erforderliche Befunde von anderen Ärztinnen/ Ärzten angefordert werden.
- Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass Terminbenachrichtigungen per SMS oder E-Mail an mich versandt werden.
- Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit erforderlich, an andere Mitbehandler (z.B. Fachärzte, Pflegedienst, Podologie, Schuhmacher, Apotheken, Fachkonferenzen, anonymisiert für Fachvorträge) übermittelt werden.
- Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass ggf. meine Laborproben und zur Auswertung erforderliche Daten an das Labor Dr. Fenner und Kollegen in Hamburg übermittelt werden.
- Ich bin darüber informiert, dass in der Praxis am Hogenkamp externe Reinigungskräfte und gelegentlich externe Computer-Fachkräfte beschäftigt werden und dass diese, sollten sie Einblick in Patientenunterlagen erhalten, ebenso wie Praxisangestellte an die Schweigepflicht gebunden sind.

An folgende Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, in dringenden Fällen Behandlungsdaten weitergegeben werden: (Bitte hier **NICHT** den eigenen Namen notieren!)

Wer darf Auskunft bekommen? Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungserklärung freiwillig ist und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift