

AUGENZENTRUM MAYER

HOLZKIRCHEN • ROTTACH-EGERN

Name, Vorname	Telefonnummer
Geburtsdatum	Versicherung
Adresse	Versichertennummer
Email-Adresse	

Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung

Vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung im AUGENZENTRUM MAYER entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

1. Befundübermittlung an mitbehandelnde oder überweisende Ärzte:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass den u.g. Ärzten meine Befunde übermittelt werden dürfen.

Name des Arztes

Ort

Name des Arztes

Ort

2. Übermittlung von Patientendaten an Labore:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an mit der Praxis kooperierende Labore zur Diagnostik übermittelt werden.

Ja

Nein

Ohne Ihre Einwilligung ist evtl. keine aussagekräftige Diagnostik möglich.

3. Terminerinnerung:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja

Nein

BITTE WENDEN

5. Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Das AUGENZENTRUM MAYER, Dr. med. univ. Alexander Mayer, wird gegenüber folgenden Personen (z. B. Angehörige oder gesetzliche Betreuer oder „Rezeptabholer“) von der Schweigepflicht entbunden:

Nachname, Vorname

Adresse

Nachname, Vorname

Adresse

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen. Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer informiert.

Hiermit erkläre ich mich mit der Einsicht meiner Akte und deren Weiterbearbeitung durch das AUGENZENTRUM MAYER einverstanden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in