



Aufnahmebogen

Pat.-Name, Vorname _____ geb. _____

bei Kindern: Erziehungsberechtigter/Versicherter:

Name, Vorname _____ geb. _____

Str./Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Krankenkasse: _____ ggf Zusatzvers. _____

Tel.-nummer: _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich (Name, Vorname) _____

erkläre mich einverstanden, dass in der „ärztlich-osteopathischen Praxis im Rieselfeld“, Walter-Benjamin-Str. 11, 79112 Freiburg, meine Patientendaten/die Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/ Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters