

Datenschutzbogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Handy:

Mail:

Kontakt erlauben über:

Telefon/Handy: ja ☐ nein ☐

Mail: ja ☐ nein ☐

Falls Emailkontakt erlaubt, ist der Versand folgender Dokumente gestattet:

Rechnungen: ja ☐ nein ☐

Terminerinnerungen: ja ☐ nein ☐

Medizinische Befunde: ja ☐ nein ☐

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dr. Rodríguez

die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß §73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt.

ja ☐ nein ☐

meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke der weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

ja ☐ nein ☐

Untersuchungsmaterial (z.B. Blut, Urin) mit meinen persönlichen Daten an das auswärtige Labor (Labor Dr. Wisplinghoff, Horbeller Str. 18-20, 50858 Köln) weiterleitet.

ja ☐ nein ☐

Diagnosen und Art der durchgeführten Untersuchungen zu Abrechnungszwecken der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein übermittelt. (gilt nur für gesetzlich Versicherte)

ja ☐ nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift