

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Facharztpraxis für Dermatologie
Dres. Peter, Seeber, Altheide
Wandsbeker Marktstr. 48-50
22041 Hamburg
Tel: (040) 6886033 0
Fax: (040) 6886033 22

Name, Vorname: _____

Geb.am: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Ihre Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____

Hausarzt, Adresse: _____

Welche Vorerkrankungen sind bekannt: _____

Sind ansteckende Erkrankungen bekannt? z.B. HIV oder Hepatitis

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Welche Medikamentenallergien sind bekannt?

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichteinhaltung eines Termins - ohne Absage - eine Ausfallpauschale von 25€ erheben. Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 h vorher per Fax oder Anrufbeantworter (Absageband läuft 24 Stunden) unter der Telefon-Nr. 040-68860330 ab. Termine bitte **nicht** per E-Mail absagen.

Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner besonderen personenbezogenen Daten durch die Facharztpraxis für Dermatologie, Dres. Peter, Seeber, Altheide ein. Die Facharztpraxis für Dermatologie, Dres. Peter, Seeber, Altheide benötigt diese zur Erfüllung des Leistungsvertrags.

Es handelt sich hierbei um besondere personenbezogene Daten (Gesundheitsdaten, biografische Angaben usw.), die erhoben, genutzt, verarbeitet, gespeichert und übermittelt werden (z.B. an Labor, Histologie).

Der Informationsflyer „Pflichtinformation gemäß Datenschutz-Grundverordnung“ wurde mir ausgehändigt. Unklarheiten konnten beseitigt werden.

Ich bin einverstanden, dass Dres. Peter, Seeber, Altheide meinen **Hausarzt** und den überweisenden Arzt gemäß §73 Abs. 1 b SGB V über die Untersuchungsergebnisse informieren dürfen.

Widerruf

Ich kann diese Einwilligung zu jeder Zeit widerrufen. Der Widerruf ist nur für die Zukunft möglich und nicht für bereits erfolgte Datenverarbeitungsvorgänge.

Im Falle meines Widerrufs kann es zu Einschränkungen bis hin zur Einstellung aller Leistungen durch die Facharztpraxis für Dermatologie, Dres. Peter, Seeber, Altheide mir gegenüber kommen.

Hamburg, den _____ X _____

Dres. Peter/Seeber/Altheide **Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)**