



Dres. med. Jens Timme, Birgit Franzbach, Gabriele Senft, Stefan Dirks

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderkardiologie, Erw. mit angeb. Herzfehlern (EMAH)
E-Mail: praxis@dr-timme.de

Tel.: 030 - 606 50 36
Fax: 030 - 606 50 10
Britzer Damm 63 12347 Berlin

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,
wir bitten Sie, die unten aufgeführten Fragen zu beantworten.

Patientenname:

Adresse:

Vorname:

Geb.-Datum:

Erziehungsberechtigter/Hauptversicherter:

Name:

Vorname:

Beruf (freiwillig):

Telefonnummer: (oft ist es vorteilhaft, wenn Sie zwei Tel.-Nr. angeben):

Privat:

Handy:

Dienstlich:

E-Mail-Adresse:

Grund der Vorstellung: (nur Stichworte)

Krankengeschichte bisher:

Operationen:

Krankenhausaufenthalte:

Allergien:

Ärzte (Hausarzt/Kinderarzt /weitere), die über die Befunde informiert werden sollen:

Name:

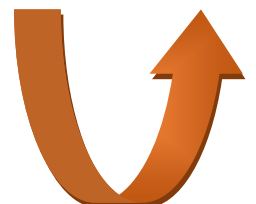
Adresse:

Name:

Adresse:

***Die Benutzung von Handy und Fotoapparaten ist
in der Praxis aus datenschutzrechtlichen Gründen
nicht erlaubt!***

! Bitte die Rückseite beachten!



Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Ich/Wir stimmen der Datenverarbeitung und Speicherung zu.

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Es wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehängt, 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.

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten von mir für die Zwecke der Behandlung und Weiterbehandlung an oben genannte Einrichtung auf elektronischem Weg aus dem Arztinformationssystem heraus übermittelt werden. Dabei handelt sich um Namen, Anschrift, Telefonnummer Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arztinformationssystem erfasst sind ("e Arztbrief") Dies wird in verschlüsselter Form über das Internet übertragen und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt. Die empfangen der Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für die Weiterbehandlung zu nutzen, ihr Recht der freien Arztwahl bleibt davon unberührt.

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 worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu folgenden Zwecken zu:

Ich bin mit einer Praxismail oder einem Telefonanruf zum Beispiel zur Information über Befunde oder Terminerinnerungen einverstanden.

Labor: Ich bin bei einer eventuell notwendigen Blutuntersuchung mit der Übermittlung der Daten an das Labor Bioscientia Berlin einverstanden.

Ich bin mit der verschlüsselten Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Weiterbehandlung auf elektronischem Weg aus dem Arztinformationssystem über das Internet einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Angaben:

Datum:

Unterschrift:

Patient/Erziehungsberechtigte

