



Fragebogen zur Schweigepflicht und Datenschutz

Lieber Patient,

wie Sie wissen unterliegen wir zu Ihrem Schutz den Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Ohne Ihr Einverständnis dürfen wir – bis auf wenige gesetzlich geregelte Ausnahmen - keine persönlichen Informationen insbesondere zu Ihrer Behandlung bei uns an Dritte weitergeben.

Bitte unterstützen Sie uns, damit wir nach Ihren Wünschen handeln können:

1. Kontaktdaten

Name:

Geburtsdatum:

Wie **können und dürfen** wir Sie bei Rückfragen und dringenden Informationen erreichen:

Telefonnummer/Handynummer: _____

Email-Adresse: _____

Bitte ankreuzen:

SMS

Email

WhatsApp

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Emails, SMS, Messenger, WhatsApp und ähnliche Datendienste unverschlüsselt sein können und damit Ihre Daten praktisch öffentlich werden könnten.

2. Angehörige und Kontaktpersonen

Bitte ankreuzen:

- Meinen unten genannten Kontaktpersonen gegenüber dürfen Sie Auskunft über meine Behandlung erteilen und bei Bedarf notwendige Unterlagen (Rezepte, Bescheinigungen, Befunde, Termine) aushändigen
- Danke, ich möchte meine Angehörigen selbst informieren

Name der berechtigten angehörigen Person(en):

Nachname:	Vorname:	Telefonnummer:



Fragebogen zur Schweigepflicht und Datenschutz

3. Haus- und Facharzt, Apotheken und Pflegedienste

Bitte ankreuzen:

- Ich erlaube Ihnen die Kommunikation mit anderen Ärzten, z.B. Fachärzten und Klinikärzten, Pflegediensten, Apotheken und anderer medizinischer Einrichtungen, zur Erteilung notwendiger Auskünfte und bei Bedarf die **Weitergabe** der für mich **ausgestellten Rezepte** und anderer **Unterlagen** (z.Bsp. Laborwerte, Befunde, etc).
- Danke, aber ich übernehme den Kontakt zu anderen Ärzten selbst

4. Behandelnde Ärzte in der Gemeinschaftspraxis

Allen Ärzten in dieser Praxis dürfen meine Daten zur Einsicht zur Verfügung stehen.

5. Belehrung und Widerruf

Diese Einwilligung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit über unsere Praxis verändern oder widerrufen. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Ihr Widerruf sich nicht mehr auf gegebenenfalls vor Ihrem Widerruf übermittelte Daten auswirken kann

Ort, den

Unterschrift



Fragebogen zur Schweigepflicht und Datenschutz

Info zur Terminabsage

Name, Vorname:.....

Liebe Patienten,

um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und lange Wartezeiten zu vermeiden bemühen wir uns stets um eine gute Terminplanung.

Zusätzlich bieten wir weiterhin **täglich von 11.30 – 12.30** Uhr eine **Akutschprechstunde** an.

Bei Absagen bemühen wir uns, freiwerdende Termine anderen Patienten anzubieten und diese Lücken zu schließen.

Dies ist bei sehr kurzfristigen Absagen (<24 Std.) oft nicht mehr möglich.

In diesem Fall müssen wir eine **Ausfallgebühr von 30 €** in Rechnung stellen.

Wir danken für Ihr Verständnis!

Zur Kenntnis genommen:

Unterschrift