



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie uns das erste mal besuchen. Sie können die Felder an Ihrem Computer oder handschriftlich ausfüllen und unterschrieben mitbringen, um Wartezeiten zu verkürzen. Vielen Dank!

**Patientendaten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meiner Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, das meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu gehen zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass sich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe folgenden ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:**

Name/Vorname/Adresse/Telefon:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)	(Unterschrift des Patienten bzw. Gesetzlichen Vertreters)