



**Kinderarztpraxis
Dr. med. Eichhorn**

**Kinder- und Jugendärztin
Dr. med. Renate Eichhorn**

Im Gewerbepark C15
93059 Regensburg
0941/4613032
info@kinderarztpraxis-eichhorn.de

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG IHRER DATEN NACH ART. 6 Abs.1a), 9 Abs. 2a) DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

Rund um Ihre Behandlung bieten wir eine Reihe zusätzlicher, optionaler Dienstleistungen an. Wenn Sie an den einzelnen Serviceangeboten teilnehmen möchten, benötigen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihr Einverständnis.

Patient: _____ **geb.am:** _____

Telefon (Festnetz): _____ **Telefon (mobil):** _____

E-Mail: _____

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die für meine weitere Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an die mich (weiter-)behandelnden Ärzte und Leistungserbringer (z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten) übermittelt werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern (z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten) zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung angefordert werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines Kinderarztwechsels von einem anderen Kinderarzt in die oben genannte Kinderarztpraxis, die bei meinem bisherigen Kinderarzt über mich gespeicherten Unterlagen vollständig angefordert werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines Kinderarztwechsels zu einem neuen Kinderarzt, dem neuen Kinderarzt die über mich gespeicherten Unterlagen vollständig übermittelt werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis Dr. Eichhorn kooperierendes Labor sowie Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich eine Terminbestätigung bzw. eine Terminerinnerung per E-Mail ☐ oder per SMS ☐ für vereinbarte Termine erhalte. Technisch unterstützt wird dieser Service von der Terminplanungssoftware der Firma Samedì GmbH.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich an ausstehende Vorsorgen und Impfungen, für die ich noch keine Termine vereinbart habe, telefonisch ☐ oder per SMS ☐ erinnert werde. (Recall)

Bitte beachten Sie die Rückseite!

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich an ausstehende Lungenfunktionen, für die ich noch keinen Termin vereinbart habe, telefonisch ☐ oder per SMS ☐ erinnert werde. (DMP)
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderarztpraxis Dr. Eichhorn sich als diese zu erkennen gibt und mir Nachrichten auf meinem Anrufbeantworter bzw. meiner Mailbox hinterlässt, falls ich nicht zu erreichen bin.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis Dr. Eichhorn widerrufen kann.

Weitere Hinweise entnehmen Sie bitte der in den Wartezimmern aushängenden **Patienteninformation zum Datenschutz**, auf die wir an dieser Stelle ausdrücklich hinweisen möchten.

Regensburg, den _____

Unterschrift des Patienten, bzw. des
gesetzlichen Vertreters