HAUSARZTPRAXIS
REUL
Dr. med.
Sylvia Reul-Freudenstein
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Akupunktur

Datenschutzeinwilligung

Interne Regelung

1.2.3 (2)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Krankenkasse

Beruf

Familienversichert: ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, Hauptversicherten bitte angeben:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

☐ Hiermit entbinde ich Frau Dr. Reul-Freudenstein von der Schweigepflicht gegenüber der mich gleichzeitig behandelnden Ärzte (i.d.R. Fachärzte)
Ich erlaube, dass Befunde vom Facharzt und vom Krankenhaus per Post, Fax, telefonisch oder digital angefordert und versendet werden dürfen

☐ Hiermit erlaube ich der Apotheke meine Rezepte und Überweisungen in der Praxis für mich abzuholen.

☐ Nach dem neuen Datenschutzrecht 2018 willige ich hiermit in die digitale Verarbeitung und Speicherung aller meiner Daten, die meine Behandlung in der Praxis betreffen, ein.
Andernfalls ist leider keine Behandlung hier möglich

☐ Ich willige in die Kommunikation **mit mir** per Brief, per Telefon, per E-Mail ein.

☐ Ich willige in die Kommunikation **mit dem Pflegepersonal** ein.

☐ Hiermit willige ich ein, dass Familienangehörige für mich Rezepte, Überweisungen, Befunde und der Gleichen abholen dürfen.

Düren, den

Unterschrift