

Dr. med. Christian-A. Conrad
Dr. med. Peter Bohlmann
PD Dr. med. Benedikt Sedlmaier
PD Dr. med. Andreas Haisch

HNO
ZENTRUM

Herzlich Willkommen im HNO Zentrum. Wir bitten Sie, in Vorbereitung Ihres Praxisbesuchs, diesen Datenschutzbogen auszufüllen.

Einwilligung zur Verarbeitung/Übermittlung von Patientendaten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum (dd/mm/Jahr)	Email
<input type="text"/>	
Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilnummer (+49 xxx xxx)	Festnetznummer (+49 xx xxx)
<input type="text"/>	
ggf. Erziehungsberechtigter / Vormund	Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)

Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses meine o.g. Vertragsärzte des HNO Zentrums mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen verarbeiten und bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (z.B. Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.), jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg *anfordern* und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten *übermitteln* bzw. *übergaben* darf.

Berlin, den Unterschrift

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.