



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

Datenschutz-Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus. Die Angaben dienen der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon:
E-Mail:
Krankenversicherung:
Hausarzt (falls bisher anderer):

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten in dieser Praxis zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Hierzu gehören insbesondere Anamnesedaten, Diagnosen, Befunde (z.B. Labor, EKG, Ultraschall), Medikationsdaten sowie Arztbriefe und Berichte. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die behandelnden Ärzte sowie die medizinischen Mitarbeiter dieser Praxis im erforderlichen Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für meine Behandlung notwendig ist. Dies gilt insbesondere gegenüber mitbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Laboren, diagnostischen Einrichtungen sowie meiner Krankenversicherung oder Krankenkasse zu Abrechnungszwecken.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:

bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: