



Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung von Patientendaten

bitte vor der Untersuchung / Behandlung in Druckbuchstaben und gut leserlich ausfüllen

Ich

Name Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon/Mobil

erkläre mich einverstanden, dass in der **Augenarztpraxis Dr. med. Jork Jorzik** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Optional: (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere medizinische Leistungserbringer und Apotheken (z.B. Arztbrief an den Hausarzt) übermittelt werden dürfen

Ich willige ein Ich willige nicht ein

- Meine Daten können zum Zwecke der Terminerinnerung bzw. Terminbenachrichtigung per E-Mail genutzt werden

Ich stimme zu Ich stimme nicht zu

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich habe den oben aufgeführten Text gelesen und inhaltlich verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten (bzw. des gesetzlichen Vertreters)



Dr. med. Jork Jorzik
Facharzt für Augenheilkunde

Poststr. 6, D-69115 Heidelberg
Tel.: 06221-21 22 9
Fax.: 06221-23 78 2
e-mail: praxis@dr-jorzik.de

Anamnesebogen

bitte vor der Untersuchung / Behandlung in Druckbuchstaben und gut leserlich ausfüllen

Patient / Patientin

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

hauptversicherte Person /
erziehungsberechtigte Person

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Erreichbarkeit

Telefon tagsüber _____ mobil _____

E-Mail

Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Hausarzt / Kinderarzt: _____

Im Interesse Ihrer Behandlung bitte ich um folgende Angaben :

Wurden Ihre Augen schon vorbehandelt (1. Brille wann, OP, Laser) ?

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen ?	Nein: <input type="checkbox"/>
Ja, folgende:	

Bestehen Überempfindlichkeiten / Allergien ?	Nein: <input type="checkbox"/>
Ja, folgende:	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	Nein: <input type="checkbox"/>
Ja, folgende:	

für Frauen: besteht eine Schwangerschaft ?	Nein: <input type="checkbox"/>	Ja: _____ Monat
--	--------------------------------	-----------	-------------

Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten
(bzw. des/der gesetzlichen VertreterIn)