



Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung von Patientendaten

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

Ich (Mutter, Vater, erziehungsberechtigte Person)

Name

Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon/Mobil

erkläre mich als erziehungsberechtigte Person einverstanden, dass in der
Augenarztpraxis Dr. med. Jork Jorzik die Patientendaten für mein Kind,

Name

Vorname

Geburtsdatum

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

- Mein Kind 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)

- Mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde weitere medizinische Leistungserbringer und Apotheken (z.B. Arztbrief an den Haus-/Kinderarzt) übermittelt werden dürfen

Ich willige ein

Ich willige nicht ein

- Die Daten meines Kindes 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)

Unterzeichnet ein Elternteil allein, so sichert er/sie ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des/der anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.



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)