



Patientenname:

Datenschutz-Vereinbarung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, Krankenhäuser, Hausärzte und mitbehandelnden Praxen) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Mühlacker, den

Unterschrift

Recall-Vereinbarung

Hiermit bestätige ich, dass ich von der GP Dres. Haack & Reymann in nachfolgenden Fällen schriftlich oder telefonisch benachrichtigt werden möchte:

Impfung

Vorsorgeuntersuchung

Behandlung

Mühlacker, den

Unterschrift