



KINDERPRAXIS *Dr. Wehsack*

Ärztliche Kinderheilkunde und Osteopathie



Dr. med. Anke Wehsack
Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Osteopathin
Oderfelder Str. 32
20149 Hamburg
mail: wehsack@kinderpraxis-hamburg.de
Tel: +49 (40) 32 04 31 22
Fax: +49 (40) 46 00 97 20

Hiermit bestätige ich, dass ich die „Patienteninformation_Datenschutz“ zur Kenntnis genommen habe.

Datum	Name Patient*in/ gesetzliche*r Vertreter*in	Unterschrift
-------	---	--------------

Liebe* Patienten*innen, liebe Eltern,

mit unserer „Patienteninformation_Datenschutz“ (siehe entsprechendes Formular) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten, oder die Ihres Kindes, nur dann an Dritte weitergeben dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer übermitteln zu dürfen (z.B. andere Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser) und Ihnen weitere Serviceangebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Diese können Sie im Folgenden erteilen. Sie ist jederzeit ganz oder teilweise widerrufbar.

Hiermit willige ich für folgende(s) Kind(er)

KIND 1

KIND 2

KIND 3

Name, Vorname _____

Geburtsdatum, (w/m/d): _____

ein, dass

- Kinderpraxis Dr. Wehsack** bei meinem Hausarzt und anderen mitbehandelnden Fachärzten, Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, meine Behandlungsdaten und -befunde einholen darf. Dies erfolgt nur zum Zwecke der Behandlung und Dokumentation.

- Kinderpraxis Dr. Wehsack** meine Behandlungsdaten und -befunde an meinen Hausarzt und andere mitbehandelnde Fachärzte, Psychotherapeuten oder andere Leistungserbringer weitergeben darf.

- Rezepte und Verordnungen durch **Kinderpraxis Dr. Wehsack** direkt an mich und/ oder von mir benannte Apotheken oder Leistungserbringer weitergeleitet werden dürfen.

- Kinderpraxis Dr. Wehsack** mit mir per Telefon, email, SMS oder Post (nicht Zutreffendes bitte streichen) zwecks Terminabsprachen, Terminerinnerungen und/ oder Übermittlung von Befunden und Rechnungen Kontakt aufnehmen darf.

Datum

Patient*in/ gesetzliche*r Vertreter*in

Unterschrift