



Liebe Kinder und Jugendliche, liebe Eltern,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um den Verwaltungsaufwand so einfach wie möglich zu gestalten, benötigen wir einige Angaben:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Patient:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Tel.-Nr.

**Patienten, die zur pneumologischen Abklärungen oder Vertretung kommen,
bitte Name/Adresse Kinderarzt:**

.....

Name der Krankenkasse ☐ Privat ☐ Gesetzlich
Hauptversicherter: O selbst O mit Mutter O mit Vater

Bitte beide Elternteile angeben:

Mutter:

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Tel.-Nr.
Email
Beruf / Arbeitgeber

Vater:

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Tel.-Nr.
Email
Beruf / Arbeitgeber

Sofern privatrechtliche Leistungen durchgeführt werden, erfolgt die Abrechnung über die privatrechtliche Abrechnungsstelle Priva GmbH oder durch uns. Sowohl ich als auch der hier nicht unterzeichnende Elternteil des o.g. Kindes sind damit einverstanden, dass die Daten für die Abrechnung (Diagnosen und: Abrechnungsziffern) an die Priva GmbH weiter geleitet werden. Meine Honorarforderung, in begründeten Fällen zum 3,5-fachen Satz, trete ich an die Abrechnungsstelle ab. Das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle in meinem Auftrag die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht. Der Ausgleich des Betrages ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung.

Datum Unterschrift

Herzlichen Dank! **Bitte wenden →**
Ihr Praxisteam



Einverständniserklärung Dokumente per E-Mail

Ich _____ (Nachname, Name)
Elternteil von _____ (Nachname, Name des Kindes)
wohnhaft in _____ (Adresse)
wünsche ausdrücklich die Zusendung meiner Befunde und aller weiteren Dokumente, die im
Zusammenhang mit der bei mir vorgenommenen Behandlung stehen, an die hier genannte EMail-
Adresse:
Email-Adresse: _____
Email-Adresse: _____

Mit ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die E-Mail unverschlüsselt und ohne besondere
Renovierungsmaßnahmen an mich versandt wird. Mir ist bewusst, dass wenn eine Datenübermittlung
unverschlüsselt erfolgt, nicht ausgeschlossen werden kann, dass unbefugte Personen oder gar
fremde Dritte meine vertraulichen Daten erhalten, einsehen, verwenden oder verändern können, da
keine vollständige Sicherheit in Bezug auf Geheimhaltung der übermittelnden Daten und
Informationen vor unberechtigten Zugriffen gewährleistet ist.
Ich kann mein Einverständnis zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per E-Mail
jederzeit schriftlich oder per E-Mail für die Zukunft widerrufen.

Datum _____ Unterschrift _____

Bei Feststellung des Verlusts von besonders sensiblen Daten (z. B. Gesundheitsdaten) an
unrechtmäßige Dritte kommt es zu einer Informationspflicht nach Art. 33 und 34
EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Informationspflicht besagt, dass die betroffenen
Personen über den Verlust der Daten zu benachrichtigen sind. Falls die Personen nicht identifiziert
werden können, muss eine öffentliche Bekanntmachung oder eine andere, in ihrer Wirksamkeit
hinsichtlich der Information der Betroffenen gleich geeignete Maßnahme, ergriffen werden.
In jedem Fall wäre die Aufsichtsbehörde über den Vorfall zu benachrichtigen. Die Benachrichtigung
sollte unverzüglich erfolgen, außer sie würde die Strafverfolgung gefährden. In der Benachrichtigung
sollte eine Darlegung möglicher nachteiliger Folgen durch den Datenverlust enthalten sein und die
daraufhin ergriffenen Maßnahmen.

Meldet man nicht, kann das ein hohes Bußgeld nach sich ziehen. Daher sind wir darauf angewiesen,
das unsere Mitarbeiter bei Ihrer täglichen Arbeit sehr sorgsam im Umgang mit den Patientendaten und
sonstigen personenbezogenen Daten sind.

Der Verlust folgender Daten lost eine Informationspflicht aus:

- Personenbezogene Daten, die einem Berufsgeheimnis unterliegen

Die Verantwortung für die E-Mail trägt der Versender. Daher werden Gesundheitsdaten durch
unsere Praxis nicht per E-Mail verschickt.

Falls die Patienten dennoch eine Zusendung Ihrer Befunde per unverschlüsselter E-Mail ausdrücklich
wünschen – trotz der Risiken, die mit der Versendung per E-Mail einhergehen können – übernehmen
Sie dafür selbst die Verantwortung und wir benötigen Ihre schriftliche Einwilligung.

Ihr Praxisteam



Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Miguel Gascón und Dr. med. Ulrike Baldus
Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Einwilligung in den Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Kinderarztpraxis Drs. Gascón und Baldus zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an Dritte (andere Ärzte / Therapeuten, KV-Hessen, LÄKH, Behörden, meine Krankenkasse, Bioscientia, Priva GmbH,mm

Abasot, Doctena) weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden (Abrechnung, Behandlung, Informationsaustausch). Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen/ mit der Folge, dass eine sorgfältige Behandlung nicht stattfinden kann, verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Kinderarztpraxis Dr. Miguel Gascón und Dr. Ulrike Baldus, Holzhausenstr. 17, 60322 Frankfurt am Main.

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis mittels Telefon, E-Mail, SMS oder Post zum Zwecke der Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen kontaktieren darf. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Name des Patienten: _____

Ausfüllende Person _____
und/oder Erziehungsberechtigte/r: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten/ des
Erziehungsberechtigten: _____