

Kinder- und Jugendärztin
Ulrike Sonntag
Potsdamer Chaussee 80
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70
Fax.: 030 / 80 49 05 72

hallo@kinderaerztin-sonntag.de

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,
seit dem 25.05.2018 gilt die neue Datenschutzverordnung. Deshalb benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis zur Datenverarbeitung.
Ich bin damit einverstanden,

1. dass im Rahmen der medizinischen Behandlung die Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt*innen übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandler*innen eingeholt werden dürfen.
2. dass Laborproben von mir an das mit uns kooperierende Labor (IMD Berlin) übermittelt werden.
3. dass Impfstoffe, die nach medizinischer Beratung durch die Ärztin speziell für mich über die Apotheke Nikolassee bestellt und mir von der Apotheke in Rechnung gestellt werden.
4. dass Terminerinnerungen und Recall via E-Mail/Tel. durch die Praxis erfolgen

Sollten Sie mit einem der o.g. Positionen NICHT einverstanden sein, streichen Sie diese bitte!

Mir ist bewusst, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Kinder- und Jugendärztin
Ulrike Sonntag
Potsdamer Chaussee 80
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 05 70
Fax.: 030 / 80 49 05 72

hallo@kinderaerztin-sonntag.de

WICHTIGER HINWEIS!!

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir arbeiten in unserer Praxis nach dem Prinzip einer Bestellpraxis. Für Vorsorgen blockieren wir je nach Art der Vorsorge einen Zeitraum von 30-60min.

Daher möchten wir Sie bitten, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, möglichst frühzeitig, spätestens aber 24h vorher abzusagen.

Wir weisen darauf hin, dass wir im Fall der Nichtabsage oder verspäteten Absage gem. §§304, 683 BGB einen Aufwendungsersatz zwischen 15,00€ und 65,00€ für jeden Termin in Rechnung stellen werden. Dieser Aufwendungsersatz wurde unter Berücksichtigung der Kostenstruktur unserer Praxis ermittelt.

Es handelt sich nicht um einen Schadenersatzanspruch, sondern um einen Kostenerstattungsanspruch.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den oben genannten Text gelesen habe.

Name, Vorname vom Kind: _____

Geburtsdatum vom Kind: _____

Berlin, den _____

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam