



KARDIOPRAXIS  
— NEUSTADT —

**Datenschutzerklärung**

Diese Erklärung wird bei einer Befundanforderung mit allen eingetragenen Angaben an die jeweilige Stelle übermittelt.

Bitte kreuzen Sie folgende Punkte mit **Ja** oder **Nein** an.

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ mich einverstanden, dass die

**KardioPraxis Neustadt**  
**Pierre Buchholz-Sanchez**  
**Hauptstr. 99 – 67433 Neustadt**

meine Behandlungsdaten, Befunde und Gutachten zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung beim Hausarzt <sup>1</sup> /weiterbehandelnden Kollegen oder Krankenhaus oder MDK anfordern darf.	angeforderte Befunde oder den aktuellen kardiologischen Bericht an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt/Krankenhaus weiterleiten darf, auch telefonisch.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Im Falle einer Anforderung von Befunden per Email oder Fax wurde ich darüber informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die Email oder das Fax mitlesen können. Ich bin dennoch bei Bedarf mit der Übermittlung einverstanden.	Mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderer Unterlagen, von der von mir beauftragten Person (s.u.) bin ich einverstanden. [Die Abgabe von Rezepten, Befunden und Unterlagen setzt die Vorlage der Versichertenkarte voraus und dient zugleich als Vollmacht für die beauftragte Person].
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Spezielle Schweigepflichtentbindung**

Die KardioPraxis Neustadt – Pierre Buchholz-Sanchez darf folgenden Personen (z.B. Ehepartner, Angehörige, Eltern, Kinder) Auskünfte erteilen, Befunde und Berichte weiterleiten und Rezepte ausgeben:


**Terminreminderung**

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen E-Mail-Adresse / Mobil-Nummer an den vereinbarten Termin erinnern kann.

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ich stimme ausdrücklich einer Einsichtnahme in meine bisher durch Frau Dr. med. Robotham geführten Patientenunterlagen durch Herrn Facharzt Pierre Buchholz-Sanchez auch für die Zukunft zu. (Nur für bekannte Patienten).

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

**Bitte wenden ==>**



KARDIOPRAXIS  
— NEUSTADT —

**Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei  
Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten  
Behandlungstermins**

zwischen **Pierre Buchholz-Sanchez**

und (Name) \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Sie kommen zur Arztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit in der Sprechstunde ausschließlich für Sie reserviert ist.

Dies bedeutet, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 24 Stunden** vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Neben einer telefonischen oder persönlichen Absage während unserer Öffnungszeiten können Sie dafür auch gerne ein Fax (06321-88751) schicken oder unsere Email-Adresse verwenden: [termine@kardiologie-nw.de](mailto:termine@kardiologie-nw.de).

Das Ausfallhonorar berechne ich gemäß GOÄ Ziffer 56 ("Verweilen"; 3,5-fach). Das entspricht 36,72€ je angefangene halbe Stunde.

Ich habe diese Information gelesen, zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit mein Einverständnis.  
Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

<sup>1</sup>Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben auf Personen aller Geschlechter.