

### 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 mich einverstanden, dass die

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

meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung beim Hausarzt <sup>1</sup> /weiterbehandelnden Kollegen oder Krankenhaus 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 Versicherungskarte 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: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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.

**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.