Orthopädie Vilshofen · Pocking
Gemeinschaftspraxis für konservative und operative Orthopädie, Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin

Stadtplatz 17 · 94474 Vilshofen · 08541 – 76 09
Bahnhofweg 7 · 94060 Pocking · 08531 – 916 00
www.ortho-vp.de

PATIENTENFORMULAR

Einverständniserklärung und Vollmacht

zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Name | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Beruf | E-Mail | Telefon

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Überörtliche Gemeinschaftspraxis Vilshofen – Pocking mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordert. Ebenso dürfen meine Patientendaten an meine behandelnden Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden.

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der Praxis und unter www.ortho-vp.de.

HAUSÄRZTIN / HAUSARZT

Name der Ärztin / des Arztes | Ort

VOLLMACHT

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass den unten genannten Personen (Ehepartner, Kinder, Verwandte, Bekannte usw.) Auskunft über meine Behandlungsdaten und erhobenen Befunde gegeben wird. Zudem dürfen sie für mich Verordnungen, Befunde und Ähnliches in der Orthopädiepraxis Vilshofen und Pocking in Empfang nehmen.

Person 1: Name | Vorname | Geburtsdatum

Person 2: Name | Vorname | Geburtsdatum

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort | Datum (TT.MM.JJJJ) | Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertretung

Praxis Vilshofen
Stadtplatz 17, 94474 Vilshofen
Tel. 08541 – 76 09 · Fax 08541 – 30 77

Praxis Pocking
Bahnhofweg 7, 94060 Pocking
Tel. 08531 – 916 00 · Fax 08531 – 438 00 41

Hinweis
Bitte ausgefüllt und unterschrieben zum Termin mitbringen.