



Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ULRICH BÄHNER
CHRISTINA DIEKMANN
DR. MED. STEFANIE KAMKE
DR. MED. SONJA MEYER ZU HOBERGE

Schwachhauser Heerstr. 63
28211 Bremen

Tel. 0421 - 34 69 064

Fax. 0421 - 34 69 067

Web. frauenaerzte-bremen.de

Mail. info@frauenaerzte-bremen.de

Einverständniserklärung zur Termindatenübermittlung per E-Mail oder SMS

- Ich bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zum vereinbarten Termin zur Terminbestätigung und -erinnerung sowie für eventuelle Terminverschiebungen oder -absagen durch den von der Praxis genutzten Kalender Online Kalender unverschlüsselt per E-Mail oder SMS übermittelt werden. Notwendige Termindaten umfassen folgende Informationen: Name, Datum, Termingrund, Praxisname.

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich bin damit einverstanden, dass

- die „Frauenarztpraxis – Ambulantes OP Zentrum Bremen“ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zur Information an meine mit-/weiterbehandelnden Ärzte zum Zwecke der Mit- /Weiterbehandlung übermittelt.
- die „Frauenarztpraxis – Ambulantes OP Zentrum Bremen“ die bei meinen behandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Mit-/ Weiterbehandlung anfordern kann. Dies gilt für folgenden Ärzte (bitte ankreuzen/eintragen):
 - Behandelnder Frauenarzt
 - Überweisender Arzt (falls nicht der Frauenarzt)
 - Hausarzt
 - Weitere mitbehandelnde Ärzte: _____

Die Einverständniserklärung gilt bis auf weiteres ab Datum der Unterschrift und kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs wird die Aufnahme unverzüglich gelöscht.

Bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres müssen die Erziehungsberechtigten einwilligen, bei Minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres diese selbst und die Erziehungsberechtigten.

Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten