



Kinderorthopädie Freundallee

Name, Geb. Datum des Patienten: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail: _____

Name Hauptversicherter: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Haus-/Kinderarzt: _____

Soll Ihr Haus-/Kinderarzt einen Brief erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Praxiseinsicht in die elektron. Patientenakte? ☐ Ja ☐ Nein
(ePA)

Gemäß der neuen Datenschutzverordnung (gültig ab dem 25.05.2018) haben wir im Wartezimmerbereich genauere Informationen für Sie ausgehängt. Wenn Sie diese als Informationsblatt für sich mit nach Hause nehmen wollen, fragen Sie bitte unsere Damen am Empfang nach einem Exemplar.

Informationen erhalten Sie auch auf unserer Internetseite
www.kinderorthopaedie-freundallee.de unter DSGVO
und unter www.kbv.de/html/datensicherheit.php.

Ich habe die Informationen zur Datenschutzverordnung bzgl. der Verarbeitung und Speicherung meiner persönlichen Daten gelesen und willige hiermit in die Speicherung meiner Daten ein, sofern diese für die Behandlung in dieser Praxis erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Hannover, den _____ Unterschrift: _____

Name der/des Erziehungsberechtigten in Druckschrift: _____