



Kinderorthopädie Freundallee

Dr. med. Ulrich Göhmann & Dr. med. Caroline Schlüter

Name und Geb. Datum des Patienten: _____

Liebe Patienten, liebe Eltern!

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.

Ich bin damit einverstanden, dass der/die von mir bei Aufnahme angegebene Kinder-/Hausarzt/in

Praxis / Name: _____

einen Bericht der heutigen und auch der folgenden Behandlungen erhalten darf.
Änderungen diesbezüglich werde ich bekannt geben.

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

Hannover, den _____ Unterschrift: _____

Name der/des Erziehungsberechtigten in Druckschrift: _____