

Einwilligungserklärung

Name der Patientin/des Patienten :

Geburtsdatum:

Adresse: :

Telefonnummer :

1. Datenweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor, MVZ Labor Eveld & Kollegen GbR bzw. Ärztliche Praxislaboratorien Essen GbR, Nierenkampstr. 1, 45326 Essen, übermittelt werden.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung in Bezug auf die Datenweitergabe jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

2. Praxis AGB über die Berechnung nicht eingehaltener Termine.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungs- und Untersuchungstermine speziell für Sie freigehalten werden und wir Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Dies ist persönlich, telefonisch oder problemlos auch online über das Kontaktformular unserer Homepage möglich, oder über unsere Online-Terminvergabe Doctolib. Gerne vereinbaren wir dann einen neuen Termin mit Ihnen. Dies ermöglicht uns dieses Zeitfenster anderen Patienten zur Verfügung zu stellen.

Erhalten wir ihrerseits keine fristgerechte Absage, stimmen Sie uns hiermit zu, dass wir Ihnen ein Ausfallhonorar von 25,00 Euro in Rechnung stellen. Bei Versäumnis von vorher mittels Behandlungsvertrag vereinbarten Terminbehandlungen, stellen wir jeweils das vereinbarte Honorar in Rechnung.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den obigen Vereinbarungen einverstanden.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift