



Kirchplatz 7, 82049 Pullach
Tel: 089-79 37 12 7
Fax: 089-79 37 29 7

Datenerhebungsbogen zur Anfrage einer Neuaufnahme

Einwilligungserklärung

- Hiermit erkläre ich mich gemäß der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendheilkunde Dr. med. Ulrike Sautier & Dr. med. Judith Haasters (Adresse: Kirchplatz 7, 82049 Pullach), die mich/mein Kind betreffenden Gesundheitsdaten und personenbezogene Daten zum Zwecke der Bearbeitung meiner Anfrage speichert. Sobald die Bearbeitung erfolgt ist, werden alle Daten wieder gelöscht.

Zur Information:

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es uns nicht möglich per WhatsApp oder I-Massage mit Ihnen über patientenbezogene Inhalte zu kommunizieren. Auch die Kommunikation über E-Mail und SMS ist bei sensiblen medizinischen Daten nicht sicher.

- Ich habe oben stehende Information bezüglich der Unsicherheit einiger Kommunikationswege gelesen und möchte dennoch per E-Mail mit der Kinderarztpraxis Dr. Götz & Dr. Sautier kommunizieren

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise, jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, den nicht unterzeichnenden zweiten Erziehungsberechtigten zu informieren. Sollte dieser mit dem oben genannten Vorgehen nicht einverstanden sein, bitten wir um umgehende schriftliche Mitteilung.

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Persönliche Angaben:

Namen des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____ Geschwister: _____

Zuständige Krankenkasse: _____

Grund der Anfrage: _____

bisher behandelnder Kinderarzt: _____