

## Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

anlässlich der am 25. Mai 2018 in Kraft tretenden europäischen Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie bitten, die folgende Frage zu beantworten und uns die Zustimmung zur Informationsweitergabe zu erteilen.

1. **Ich bin damit einverstanden, dass Praxis Bertuzzo mit mir in Kontakt treten darf. z.B. Terminvereinbarungen, Änderungen in der Praxis, Mitteilungen über Urlaub etc. per**

Telefon  
und E-Mail

2. **Informationsweitergabe, Befunde:  
Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass die Praxis Bertuzzo Befunde und krankheitsbezogene Informationen bei anderen Leistungserbringern (Haus-/Facharzt, Labor, Klinik, Ergo- bzw. Logotherapeuten) einholt und von mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und Kliniken bei Bedarf übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass dies auch per Telefon, Fax, E-Mail versandt werden darf.**

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.**

**Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.**

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig und wir möchten uns für die Beantwortung bedanken.

Ihr Praxisteam

Name des Kindes:

Anschrift:

E-Mail Adresse der Eltern:

Unterschriften **beider** sorgeberechtigten Elternteile (bzw. Vormundes):

Datum: