

Carla Martin

Ärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Ekkehard Martin & Dr.med. Ilka Troche-Polzien
Fachärzte für Innere Medizin - Diabetologie

Dr. med. Susanne Eschemann angest. Ärztin f. Allg. Med.

Dr. med. Antonia Felchner angest. Ärztin f Allg. Med.

Dr. med. Ingeborg Fischer angest. Ärztin f. Innere Med

Dr. med. Lydia Thyssen-Feddermann angest. Ärztin f. Innere Med.

Michael Pohling angest. Arzt f. Allg. Med.

Dr. med. Eberhard Politz angest. Arzt f. Innere Med. - Diabetologe

Akupunktur – Diabetologie – Ernährungsmedizin - Palliativmedizin
Psychotherapie – Reisemedizin - Rettungsmedizin

Wipperstr. 17

38442 Wolfsburg

Tel.: 05361 – 891367-0

FAX: 05361 – 891367-9

Raiffeisenallee 4-6

38165 Lehre OT Flechtorf

05308 – 961988-0

05308 – 961988-8

praxis@aerzte-flechtorf.de

diabetes@aerzte-flechtorf.de

1. Einwilligung zur Datenerfassung und der Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an den weiterbehandelnden Arzt gemäß §73 Abs. 1b SGBV

2. Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung

Ich, _____ geb. am _____, willige der Übermittlung meiner Gesundheitsdaten und Befunde per Brief oder Fax an meinen Hausarzt/ Facharzt, ggf. der Fotodokumentationen meines Krankheitsverlaufes, sowie der Blutentnahme für Laboruntersuchungen ein.

Ich bin damit einverstanden, dass bei dringenden Behandlungsbedarf telefonisch oder auch per Messengerdienst (z.B. WhatsApp) Kontakt durch meinen behandelnden Arzt oder Berater mit mir aufgenommen werden darf (z.B. zur Steuerung einer Insulintherapie).

Zusätzlich bin ich damit Einverstanden, dass die Praxis mich telefonisch kontaktieren darf, z.B. bei Rückfragen, zu Terminvereinbarungen oder sonstigen Unklarheiten.

Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxis intern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, allerdings nur insofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Informationen dürfen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

