



Neuanmeldung

Nachname:		Vorname(n):	
Geburtsdatum (TT.MM.JJ):	Schule/Kindergarten:		
Krankenkasse:		Hauptversicherte*r:	
Straße und Hausnummer:		Postleitzahl/Wohnort:	
Sorgeberechtigte*r 1: *			
Beruf:	Telefon:	E-Mail:	
Sorgeberechtigte*r 2: *			
Beruf:	Telefon:	E-Mail:	
Vorerkrankungen:		* Andere behandelnde Ärzte:	*

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitenden der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

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

Meine Daten dürfen bis auf Widerruf im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte, z.B. Kostenträger*innen oder überweisende Ärzt*innen übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mailadresse / Handynummer für die Erinnerung an vereinbarte Termine oder ausstehende Impfungen verwendet wird.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen / Rezepte / Verordnungen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden:

Name:	Name: *
-------	---------

Folgende Personen sind berechtigt mein Kind in die Praxis zu begleiten, um die medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen:

Name:	Name: *
-------	---------

*) Für weitere Angaben bitte die Rückseite benutzen

Die vollständige Datenschutzerklärung hängt in der Praxis zur Einsicht aus.
Diese habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten