



## Patientendatenerfassung

Vorname und Nachname

.....  
Titel      Vorname      Nachname

Geburtsdatum

.....

Anschrift

.....  
Straße      Hausnummer

.....  
PLZ      Ort

Telefonnummer

.....  
Adresszusatz

Festnetz

.....  
Telefonnummer Festnetz

Mobil

.....  
Handynummer

Fax

.....  
Faxnummer

E-Mail

.....  
E-Mail Adresse

Krankenversicherung

.....  
Name der Krankenversicherung

Kommunikation

- Terminbestätigung per SMS  
Wir senden Ihnen den nächsten Termin per SMS

Beim Versand der SMS werden Diese Informationen über das Internet und Telefonnetz übertragen. **"Ihr nächster Termin 11:30 Uhr am 13.11.2017. praxis@tcm-schmerz.de +497221-8589828"**

- Befunde, Schriftverkehr und Labore als PDF, verschlüsselt per E-Mail  
 Rechnungen als PDF, verschlüsselt per E-Mail

Die PDF-Datei ist mit einem Passwort, das Sie von uns erhalten, verschlüsselt.  
Die PDF-Datei kann nur mit diesem Passwort geöffnet werden.

**Grundsätzlich ist jede elektronische Datenübermittlung von 3ten lesbar und veränderbar.**

Wir schätzen nach aktuellem Stand Jun-2020 die Sicherheit gleichwertig oder höher verglichen zu einem normalen Brief ein.

- Befunde, Schriftverkehr und Labore per Post

Aufgrund neuer Datenschutzbestimmungen dürfen nur nach einer schriftlichen Genehmigung den Schriftverkehr an die hinterlegte Anschrift senden. Alternativ können Sie die Unterlagen auch bei uns persönlich abholen.

Datum und Unterschrift

.....  
Datum und Unterschrift



## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

.....  
Titel                      Vorname                      Nachname

Frau Olga Schiffer, ihre Angestellten und Mitarbeiter von der Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden dass meine aktuellen Befunde, Therapieempfehlungen und Diagnosen an folgende Personen / Organisationen mitgeteilt werden und bei bedarf eine Abstimmung über die Therapie erfolgt:

- Überweisender Arzt inkl. desen Praxis bzw. Klinik  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- Meine Krankenkasse  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- Meine Zusatzversicherung  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- Hausarzt inkl. desen Praxis bzw. Klinik  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- Physiotherapie inkl. desen Praxis bzw. Klinik  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- Orthopäde inkl. desen Praxis bzw. Klinik  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- ..... inkl. desen Praxis bzw. Klinik  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- ..... inkl. desen Praxis bzw. Klinik  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen

Die Kommunikation zu den o.g. Teilnehmern darf in folgender Form erfolgen

- per Briefpost Post / per Telefon  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen
- in einer verschüsleten Form per E-Mail / über ein WebPortal  
wenn nicht zutreffend bitte durchstreichen

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zunkunt widerrufen kann

Datum und Unterschrift

.....  
Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Version vorab per FAX an:

**+ 49 228 28 69 7380 9**

Und das Original per Post an Olga Schiffer, MSc,DESA, Beethovenstr.2, 76530 Baden-Baden



## DSGVO Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich:

.....  
Titel                      Vorname                      Nachname

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Olga Schiffer meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern (s. Schweigepflichtentbindung) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Quelle: 24-Mai-2018 <https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/datenschutz-schweigepflicht/>

Die Datenschutzerklärung finden Sie unter

<https://www.schmerztherapie-baden-baden.de/impressum/datenschutz/>

Bitte sprechen Sie uns an, wir drucken Ihnen auch gerne eine Kopie aus.

Datum und Unterschrift

.....  
Datum und Unterschrift