

## DATENBLATT ERWACHSENE

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

### PATIENT(IN)

Vor- & Zuname: männlich  weiblich

Geburtsdatum: SV-Nummer:

Krankenkasse: Zusatzversicherung: Ja  Nein

Straße, Hausnr:

PLZ, Ort:

Telefon:

Email:

Dienstgeber /  
Dienstort:

### VERSICHERTE(R)

Vor- & Zuname:

Geburtsdatum: SV-Nummer:

Adresse: (falls abweichend)

Telefon:

Dienstgeber /  
Dienstort:

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass persönliche und gesundheitliche Daten im Rahmen der Patientenverwaltung und der ärztlichen Dokumentation gespeichert und verarbeitet werden. Informationen zur Datenschutzgrundverordnung liegen jederzeit zur Einsicht in der Praxis auf.

- Ich bin einverstanden, im Bedarfsfall telefonisch medizinische Auskünfte unter oben genannter Mobilnummer zu erhalten.
- Ich bin einverstanden, nach Bekanntgabe einer Email-Adresse im Einzelfall per Email medizinische Auskünfte/Befunde zu erhalten, welche persönliche und gesundheitliche Daten beinhalten. Diese werden mit einem Passwort verschlüsselt, das meiner 10-stelligen Versicherungsnummer entspricht.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn / Erziehungsberechtigte(r)