

ZfK – Buchener Str. 9 – 97980 Bad Mergentheim

**H. Behre** | Internist | Kardiologie  
Intensivmedizin

**Dr. med. U. Hahn** | Internist | Kardiologie  
Notfallmedizin | Interventionelle Kardiologie

**G. Schüßler** | Internistin | Kardiologin  
Sportkardiologie

## Einverständniserklärung

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, dadurch erfolgt Ihre Behandlung in aller Ruhe und unnötige Wartezeiten bleiben Ihnen erspart. Halten Sie deshalb vereinbarte Termine pünktlich ein. Sind Sie zur Absage gezwungen, rufen Sie uns bitte mindestens einen Tag vorher an.

Um Ihre Daten über die automatische Datenverarbeitung erfassen und verarbeiten zu können, bedarf es Ihrer Zustimmung. Es wird insbesondere die Abrechnung mit den Kassen elektronisch verarbeitet. Privatversicherte Patienten bekommen unsere Leistungen in Rechnung gestellt.

Der beiliegenden Information können Sie auch entnehmen, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Von Gesetzes wegen benötigen wir auch Ihre Zustimmung, wenn wir Befunde von Ihrem Hausarzt oder von anderen Ärzten oder Kliniken anfordern bzw. sie an diese weitergeben.

### Schweigepflichtentbindung

Sie haben die Möglichkeit die Praxis gegenüber einer Person Ihres Vertrauens von der Schweigepflicht zu entbinden. Sollten Sie dies wünschen bitte eintragen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Tel.nr. \_\_\_\_\_

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bitte unterschreiben Sie daher zum Zeichen Ihres Einverständnisses diese Erklärung, sowie zur Bestätigung des Erhalts der Datenschutzinformationen.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_