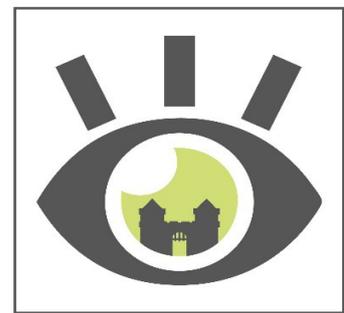


Dr. med. Anja Rogits
Fachärztin für Augenheilkunde

Dr. med. A. Rogits • Otto-von-Guericke-Straße 110 • 39104 Magdeburg



Otto-von Guericke-Straße 110
39104 Magdeburg
Tel.: 0391 / 400 885 96

Einverständniserklärung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen. Um Sie mit einer optimalen Behandlung zu versorgen, ist es wichtig, Ihre allgemeinen Daten zu kennen. Wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname:

Geb. am:

Handynummer:

E-Mail:

Um keine unnötigen Wartezeiten entstehen zu lassen, bitten wir Sie, Termine pünktlich wahrzunehmen. Sollten Sie dennoch einmal verhindert sein, bitten wir Sie, Termine mind. 24h vorher abzusagen. Für nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine können die durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversicherungskarte oder der Überweisungsschein nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Hiermit erteile ich der Augenarztpraxis Fr. Dr. Rogits die Genehmigung das Befunde sowie Befundkopien, Bilder von Untersuchungen (FAG/OCT) und Informationen über meine zu behandelnde Erkrankung einzuholen bzw. zu versenden.

Ich möchte per E-Mail oder SMS an meinen Termin erinnert werden Ja Nein

Um einen reibungslosen und zügigen Ablauf in der Praxis zu gewährleisten, bin ich mit dem namentlichen Aufrufen im Wartezimmer, Voruntersuchung und Sprechzimmer einverstanden.

Hinweise zum Datenschutz gemäß EU DSGVO

Ich bin darauf hingewiesen wurden, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschreiben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte, z.B. Krankenhäuser und Ärzte, gesetzliche Krankenkassen und die KV, übermittelt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die „Patienteninformationen zum Datenschutz in unserer Praxis“ (liegen mehrfach in unserer Praxis aus – gerne auch beim Personal zu erfragen) gelesen und verstanden habe.

Ich habe diese Erklärung nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift der Richtigkeit meiner Angaben.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)