



Kinder- und Jugendärzte  
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

## ANMELDEBOGEN

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Eltern/Rechnungsempfänger:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Ausgewiesen durch  
Versicherungsnummer/Ausweis/Führerschein  
der Eltern/Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Die Versicherungsdaten meines Kindes dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an die obengenannte Praxis weitergegeben werden.

Ich möchte gerne an Vorsorge- und Impftermine erinnert werden: **Ja**  **Nein**

Erinnerung bitte durch: **Telefon**  **E-Mail**  **SMS**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und erkläre mich mit einer Privatrechnung einverstanden, falls ich die Chipkarte nicht rechtzeitig vorlege.

Wenn Sie einen fest vereinbarten Termin bei uns nicht wahrnehmen können, ist eine Absage bis spätestens 24 Stunden vorher notwendig (per Telefon, Email oder Fax). Wir weisen Sie vorsorglich darauf hin, dass Sie bei nicht rechtzeitig abgesagten bzw. nicht wahrgenommenen Terminen mit der Berechnung einer Ausfallgebühr laut GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) rechnen müssen.

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

✉ info@kja-neuperlach.de

☎ Tel: 089-676179 Fax: 089 6732739

➔ www.kja-neuperlach.de

Dr. med. Sabine Eigner,  
Dr. med. Corinna Jansma  
Albert-Schweitzer-Str. 62  
81735 München

Gemeinschaftspraxis für Kinder-  
und Jugendmedizin  
Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie  
und Epileptologie

IBAN: DE14 7002 0270 5800 6352 94  
BIC: HYVEDEMMXXX



Kinder- und Jugendärzte  
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG (DSGVO)

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname), erkläre  
für mein Kind, \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname),  
geboren am \_\_\_\_\_ Folgendes:

### Einverständniserklärung Recall – Terminerinnerung

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis Kinder- und Jugendärzte Neuperlach an bevorstehende oder bereits vereinbarte Termine erinnert. Dies kann per Telefon, SMS oder Email erfolgen. Die dazu nötigen Kontaktdaten sind in der Patientenkartei hinterlegt.

Ich wünsche folgende Kontaktaufnahme:  Telefon  SMS  Email

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach widerrufen werden.

München, den \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V zur Datenübermittlung an den überweisenden Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an den überweisenden Arzt zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt (Arztbrief). Dies kann postalisch, per Email oder per Fax geschehen.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach widerrufen werden.

München, den \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an den Patienten/die Eltern

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Befunde an mich per Fax, Brief oder Email übermittelt werden. Meine Kontaktdaten sind in der Patientenkartei hinterlegt.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach widerrufen werden.

München, den \_\_\_\_\_

✉ info@kja-neuperlach.de

☎ Tel: 089-676179 Fax: 089 6732739

➔ www.kja-neuperlach.de

Dr. med. Sabine Eigner,  
Dr. med. Corinna Jansma  
Albert-Schweitzer-Str. 62  
81735 München

Gemeinschaftspraxis für Kinder-  
und Jugendmedizin  
Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie  
und Epileptologie

IBAN: DE14 7002 0270 5800 6352 94  
BIC: HYVEDEMMXXX





Kinder- und Jugendärzte  
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

Erziehungsberechtigte

**Einverständniserklärung Laborarbeiten**

Sind im Rahmen der Behandlung Einsendungen ins Labor (Blut, Urin, Stuhl, Abstriche) nötig, so werden die Proben von uns in das Labor Becker&Kollegen MVZ GbR, Führichstr. 70, 81671 München versendet. Die erhobenen personenbezogenen Daten, die an das Labor zum Zweck der labormedizinischen Untersuchung übermittelt werden, sind: Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse

Die Datenschutzerklärung des Labors kann auf [www.labor-becker.de](http://www.labor-becker.de) eingesehen werden.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach widerrufen werden.

München, den \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte

**Einverständniserklärung zur Anforderung von Vorbefunden**

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach die beim Hausarzt/Kinderarzt und bei anderen vorbehandelnden Einrichtungen (wie Kliniken, Therapeutinnen) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für die Untersuchung und Behandlung in ihrer Praxis erforderlich sind. Mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie übermittelt worden sind. Ich entbinde insofern die vorbehandelnden Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich gegenüber meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt der Kinder- und Jugendärzte Neuperlach widerrufen werden.

München, den \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte

✉ [info@kja-neuperlach.de](mailto:info@kja-neuperlach.de)

☎ Tel: 089-676179 Fax: 089 6732739

➔ [www.kja-neuperlach.de](http://www.kja-neuperlach.de)

Dr. med. Sabine Eigner,  
Dr. med. Corinna Jansma  
Albert-Schweitzer-Str. 62  
81735 München

Gemeinschaftspraxis für Kinder-  
und Jugendmedizin  
Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie  
und Epileptologie

IBAN: DE14 7002 0270 5800 6352 94  
BIC: HYVEDEMMXXX