

Kinder- und Jugendärzte
Neuperlach

DR. EIGNER DR. JANSMA

ANMELDEBOGEN

Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____

Hauptversicherter/Rechnungsempfänger:

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

Krankenkasse, Versicherungsnr., Name
Hauptversicherter Elternteil: _____

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**
(Dies ist ein freiwilliger Service unserer Praxis, es besteht kein Anspruch auf regelmäßige Durchführung.)

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: _____

✉ praxis@kja-neuperlach.de

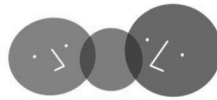
☎ Tel: 089-676197 Fax: 089 6732739

➔ 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 _____
Erziehungsberechtigte

Einverständniserklärung Laborarbeiten

✉ praxis@kja-neuperlach.de

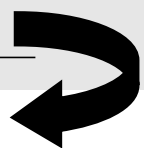
☎ Tel: 089-676197 Fax: 089 6732739

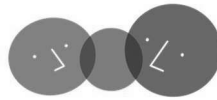
➔ www.kja-neuperlach.de

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

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 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