

Ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis Karlsruhe

Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.



Praxis Rintheim
Mannheimerstr. 12, 76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 96 13 113
Fax: 0721 / 96 13 114
www.praxis-rintheim.de
E-Mail: praxiskarlsruhe@online.de
Rezept-Telefon: 0721 / 96 13 775
Rezept-E-Mail: ab.praxiskarlsruhe@online.de



Praxis Oststadt
Haid-und-Neu-Str. 32, 76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 69 73 75
Fax: 0721 / 69 11 79
www.praxis-oststadt.de
E-Mail: praxisoststadt@online.de
Rezept-Telefon: 0721 / 966 50 10
Rezept-E-Mail: ab.praxisoststadt@online.de



Praxis Weststadt
Bismarckstr. 59, 76133 Karlsruhe
Tel. 0721 / 27 884
Fax: 0721 / 23 569
www.praxis-weststadt.de
E-Mail: praxisweststadt@online.de
Rezept-Telefon: 0721/ 957 953 69
Rezept-E-Mail: ab.praxisweststadt@online.de

**Angestellte
Ärztinnen
und Ärzte:**

Dr. med. Gudrun Eisermann
Björn Küster
Dr. med. Elisa Lewin
Dr. med. Sirin Nuengsri
Dr. med. Caroline Schnider
Dr. med. Bastian Vogel
Dr. med. Timo Wolfspenger

Einverständnis zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer	E-Mail
---------------	--------------	---------------	--------

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der **ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxis Karlsruhe** meine **Patientendaten erhoben und verarbeitet** werden.
- Sollte ich in der Vergangenheit in der Praxis Dres. Calmbach/ Karlsruhe-Oststadt, Praxis Dr. Günter Krauth/ Karlsruhe-Weststadt oder Praxis Dr. Gudrun Eisermann/ Karlsruhe-Durlach in Behandlung gewesen sein, erkläre ich hiermit mein Einverständnis, daß meine dort vorhandenen Behandlungsdaten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung an die Gemeinschaftspraxis Karlsruhe übermittelt werden.
- Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass meine **Daten praxisintern** allen ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Gemeinschaftspraxis Karlsruhe offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle ÄrztInnen und alle anderen MitarbeiterInnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.
- Mir wurde ein **Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis** ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte (- bei Fragen sprechen Sie und bitte an), über den Umfang und die Art der von mir verarbeiteten Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen, und über die Folgen dessen.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass **mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde** bei allen anderen Ärzten/Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, und dass meine Behandlungsdaten und Befunde auch an diese übermittelt werden dürfen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.
- Ich bin damit **einverstanden, daß Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden**. Dies stellt eine **Schweigepflichtbindung** dar. Die Daten dieser Personen werden ebenfalls gemäß ausgehändigtem Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis gespeichert und verarbeitet. (Bitte informieren Sie selbst diese Personen hierüber.)

Name: _____

Tel: _____

Name: _____

Tel: _____

Name: _____

Tel: _____

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters