

Anmeldung und Information zum Datenschutz

Vorname und Name des **Kindes**: _____, geboren am _____

Vorname und Name der **Mutter**: _____, geboren am _____

Beruf der Mutter: _____, sorgeberechtigt ja nein

Vorname und Name des **Vaters**: _____, geboren am _____

Beruf des Vaters: _____, sorgeberechtigt ja nein

E-Mail Adresse(n): _____

Telefon: Festnetz: _____, Mobil Mutter: _____, Mobil Vater: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung des Kindes: _____ gesetzlich privat

Über wen ist das Kind versichert? _____

Welchen Termin möchten Sie vereinbaren? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Vorsorgeuntersuchung Allergiesprechstunde Impfung

Lungensprechstunde Hormonsprechstunde

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen? nein, ja, von _____

Wir weisen darauf hin, dass für fest vereinbarte Termine bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige (spätestens 24h vor dem Termin) Absage ein **Bereitstellungshonorar in Höhe von € 60 in Rechnung gestellt wird**. Dieses ist ausschließlich von Ihnen selbst zu tragen und wird nicht vom Versicherungsträger rückerstattet. Diese Regel gilt für gesetzlich und privat Versicherte sowie für Selbstzahler.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und mein Einverständnis mit der obenstehenden Regelung.

Name und Vorname in Druckbuchstaben: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Unsere Termine werden über den Online-Terminkalender von doctolib verwaltet. Sobald Sie als Patienten unserer Praxis registriert sind, können Sie dort auch selbstständig Termine vereinbaren und verwalten. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, über doctolib per SMS oder E-Mail an meine Termine in der Kinderarztpraxis am Arabellapark erinnert zu werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle in der Kinderarztpraxis am Arabellapark tätigen Ärztinnen und Ärzte in die vollständige Krankenakte meines Kindes Einsicht nehmen dürfen. Die Dokumentation darf gemeinsam in einer Patientenakte erfolgen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Der Versand von persönlichen und medizinischen Daten per Email wird aus Gründen des Datenschutzes von uns nicht empfohlen. Generell sollten diese Daten am sichersten durch die Briefpost zugestellt werden. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung unter www.dein-kinderarzt.de und auf den Aushang in unserer Praxis.

Ich _____ (Name, Vorname des Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben) wünsche trotz der oben genannten Hinweise bzgl. meines auf Seite 1 genannten Kindes per Email mit der Kinderarztpraxis am Arabellapark zu kommunizieren. Mit der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit auf Löschung und Auskunft dieser Daten und kann jederzeit Widerspruch (per Mail an post@dein-kinderarzt.de oder per Post an Kinderarztpraxis am Arabellapark, Dr. Beate Kusser, Dr. Christina von Bredow, Dr. Sonja Behrendt, Engelschalkinger Str. 14, 81925 München) gegen die Einwilligungserklärung erheben. Die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und ich erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____