Drs. Tilman Bauer und Gabriele Dörflinger (BAG) Günterstalstr. 17, 79102 Freiburg



Persönliche Angaben

Nac	hname	Vorname		Geb. am	-
(Bei	Minderjähri	gen: Nach- und Vornam	e beider E	Erziehungsberechtigter)	-
Straße, Nr. PL2		LZ:	Ort:	-	
		e uns jene Nummern r r Nachrichten hinterlasse		denen wir Ihnen persönliche Informatio	onen
Telefonnummer				Mobil	-
Die	genannten	•	ır Leistu	ungsabrechnung	
0		litglied einer gesetzliche er Krankenkasse:			
	Vers. Nr.	:			
0	0 na	che eine Abrechnung na ach dem GOÄ-Regeltarif. ach folgender Tarifart:		ebührenordnung für Ärzte	
	Rechnun	gsadresse:	0 0	wie oben falls abweichend:	
	Na	ame und Adresse des Re	echnungse	empfängers	_
0	Ich wüns	ünsche Abrechnung über folgende Berufsgenossenschaft:			
Frei	burg, den	Unterschrift (aaf, de	r/des Erzie	iehungsberechtigten)	

Erklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz möchten wir Sie auf folgende Punkte hinweisen.

1. Datenspeicherung

Unsere Berufsausübungsgemeinschaft dokumentiert Ihre persönlichen Daten in einem praxisinternen Datenverarbeitungssystem. Wir sind gesetzlich verpflichtet, diese Daten für mind. 10 Jahre aufzubewahren. Alle Mitarbeiter*Innen der Praxis sowie der betreuende EDV-Spezialist sind gemäß § 203 des Strafgesetzbuches zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

2. Befundaustausch mit vor- und nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen

Ihre Behandlung wird unterstützt durch eine enge Zusammenarbeit zwischen vor- oder nachbehandelnden Ärzten/ Ärztinnen wie z.B. dem überweisenden Hausarzt/Hausärztin oder weiterbehandelnden Kliniken. Wir bitten Sie daher um folgendes Einverständnis (bitte ggf. durchstreichen):

Ich bin damit einverstanden,

Name der/des

Freiburg, den

- dass die Praxis Drs. Bauer und Dörflinger gemäß §73, 1b SGB V bei den von mir genannten vorbehandelnden Ärzten/Ärztinnen (Haus- oder Fachärzte, Kliniken) Vorbefunde zum Zwecke der weiteren Behandlung einholt;
- dass die bei mir erhobenen Befunde per Fax **an folgende Ärzte/ Ärztinnen** geschickt werden dürfen:
- dass Informationen zum Krankheitsbild im erforderlichen Umfang an die mit uns kooperierenden Labore und ggf. weiterbehandelnde Kliniken übermittelt werden. (Unsere üblichen Kooperationspartner sind das MVZ Clotten Freiburg, Gemeinschaftspraxis für Pathologie Drs. Hellerich, Nährig, Mattern, sowie Institut für Mikrobiologie der Uni Frbg.)

3. Informationsweitergabe an Angehörige oder Vertraute

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Drs. Bauer und Dörflinger Informationen an meine(n) folgende(n) Angehörigen / Vertrauten weitergibt, sofern deren/dessen Identität festgestellt wurde:

Telefonnummer

Adresse

Angehörigen/Vertrauten	
und erteile mein Einverständnis z	die Datenspeicherung gemäß Punkt 1 zur Kenntnis genommen zur Befundweitergabe wie unter Punkt 2 und 3 beschrieben. ganz oder in Teilen widerrufen werden.