



Dr. med. J. St. Trumppheller
 HNO-Arzt
 Stimm- und Sprachstörungen
 Umweltmedizin
 Audiologe und Neurootologe (BV HNO)
 Qualitätssiegel Allergologie (BV HNO)

Dr. med. A. Keller
 HNO-Arzt
 Allergologie
 Naturheilverfahren
 Homöopathie
 Audiologe und Neurootologe (BV HNO)

Dr. med. H. A. Kellner
 HNO-Ärztin
 Plastische Operationen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Wir möchten bei Ihrem Besuch in unserer Praxis alle erforderlichen Abklärungen, Untersuchungen sowie sonstige Maßnahmen (Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankschreibungen etc.) durchführen. Dafür benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Auch im Hinblick auf die Kooperation und Korrespondenz (z.B. Arztbrief) mit Dritten, beispielsweise Ihrem Hausarzt, anderen Fachärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder stationären Einrichtungen, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, bedarf es Ihrer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung.

Der Austausch dieser Informationen untereinander ist bei der Erbringung unserer ärztlichen Leistungen notwendig und sinnvoll. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten unverändert die ärztliche Schweigepflicht. Wir dürfen Sie deshalb im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____ geb.: _____
 wohnhaft in _____

 (Telefonnummer **bitte ergänzen**)

1. erkläre mich einverstanden, dass die HNO-Gemeinschaftspraxis Erbach die mich betreffenden Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienst, Pflegeeinrichtung) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt.
2. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die HNO-Gemeinschaftspraxis Erbach die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.
3. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die HNO-Gemeinschaftspraxis Erbach die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.
4. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem *Widerspruchsrecht* Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann.

Erbach, den _____

 Unterschrift Patient/in*

*) Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.



Dr. med. J. St. Trumpfheller
 HNO-Arzt
 Stimm- und Sprachstörungen
 Umweltmedizin
 Audiologie und Neurootologie (BV HNO)
 Qualitätssiegel Allergologie (BV HNO)

Dr. med. A. Keller
 HNO-Arzt
 Allergologie
 Naturheilverfahren
 Homöopathie
 Audiologie und Neurootologie (BV HNO)

Dr. med. H. A. Kellner
 HNO-Ärztin
 Plastische Operationen

Erinnerungsservice HNO Gemeinschaftspraxis Erbach

Viele Behandlungen erfordern ein Wiederkehren des Patienten, oft jedoch erst nach längerer Zeit, so dass der erneute Besuch in der Praxis schnell in Vergessenheit gerät.

Unser Patienten-Recallsystem erinnert Sie automatisch an wichtige Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, die in beliebigen Intervallen wiederkehren können, aber auch an Behandlungen, die erst nach längerer Zeit wieder akut werden. Unser Recall-System vergisst Ihre Termine auch über längere Zeit hinweg nicht und erinnert Sie rechtzeitig daran, dass Sie telefonisch oder auf unserer Homepage einen entsprechenden Termin in unserer Praxis vereinbaren können. Hierzu werden Ihre persönlichen und gesundheitsrelevanten Daten in unserer Praxissoftware gespeichert. Es handelt sich hierbei um eine geschützte, nur uns zugängliche Datenbankverwaltung.

Einwilligungserklärung zur Erinnerung an Termine

Ich, _____, geb. _____
 wohnhaft in _____

1. erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass die HNO-Gemeinschaftspraxis mich nach festgelegten Zeitabständen an Termine erinnert. Alle Fragen dazu wurden mir beantwortet.
2. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem *Widerspruchsrecht* Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung zur Erinnerung an Termine mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann.

Erbach, den _____

 Unterschrift Patient/in*

*) Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Albert-Schweitzer-Straße 8
64711 Erbach
 Tel.: 06062 3910
 Fax: 06062 5244
praxis@hno-erbach.de
www.hno-erbach.de

Sprechzeiten
 Mo – Fr:
 8:00 – 12:00 Uhr
 Mo, Di, Do, Fr:
 14.00 – 17.30 Uhr
 Sa vormittags
 nach Vereinbarung

Spezialsprechstunde für
 Allergologie
 Innenohr- und Schwindeldiagnostik
 Schnarchen oder nächtliche
 Atmungsstörungen
 Stimm- und Sprachstörungen
 Umweltmedizin