



MVZ  
ORTHOPÄDIE  
MÜHLENKAMP

Dr. med.  
R. THEERMANN

PD Dr. med.  
C.-H. HARTWIG

Dr. med.  
K. HÖFKEN

Dr. med.  
A. PREISS

Frau  
J. FISCHER

Dr. med.  
C. VOGEL

Zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001

## Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzgrundverordnung

Sie möchten sich in unserer Praxis behandeln lassen. Dadurch kommt automatisch ein Behandlungsvertrag zustande. Die im Behandlungsvertrag personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, sowie Gesundheitsdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des/der Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Ich willige ein, dass das MVZ Orthopädie Mühlenkamp bei medizinischer Notwendigkeit meine Daten von/an

- weiter-/mitbehandelnde Ärzte       Krankenhäuser  
 Apotheken, Sanitätshäuser       Physiotherapeuten

anfordern bzw. weitergeben darf.

Ich willige ein, dass das MVZ Orthopädie Mühlenkamp meine Daten dann von/an o.g. Partner via/per

- FAX       Post       Email (keine Befundübermittlung)

empfangen/versenden darf.

Hausärztin/Hausarzt

Überweisende(r) Ärztin/Arzt

Sonstige(r) Ärztin/Arzt

ORTHOPÄDIE  
UNFALLCHIRURGIE  
SPEZIELLE  
ORTHOPÄDISCHE  
CHIRURGIE  
SPEZIELLE  
UNFALLCHIRURGIE  
RHEUMATOLOGIE  
SPORTMEDIZIN

Mühlenkamp 33a  
22303 Hamburg  
Tel. 040/27 83 99 0  
Fax 040/27 83 99 50  
info@orthopaedie-hamburg.de  
www.orthopaedie-hamburg.de

Name

Name

Name

OPERATIVE ABTEILUNG

Orthopädische Chirurgie  
Hamburg

Helios ENDO-Klinik  
Hamburg

Holstenstraße 2  
22767 Hamburg

**Bitte Rückseite beachten!**



MVZ  
ORTHOPÄDIE  
MÜHLENKAMP

---

Dr. med.  
R. THEERMANN

PD Dr. med.  
C.-H. HARTWIG

Dr. med.  
K. HÖFKEN

Dr. med.  
A. PREISS

Frau  
J. FISCHER

Dr. med.  
C. VOGEL

---

Zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001

---

Bei einer persönlichen Anforderung von Unterlagen, Rezepten, etc. für mich, bin ich damit einverstanden, dass mir meine Unterlagen per

FAX       Post       E-Mail (keine Befundübermittlung)

zugewendet werden dürfen.

Ich bin mit einer Terminerinnerung via SMS einverstanden

JA       NEIN

Ebenfalls darf/dürfen folgende Person(en) o.g. Unterlagen für mich abholen/entgegennehmen.  
Bitte Namen in Druckbuchstaben angeben.

---

---

---

---

Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen in der Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in) /  
Übersetzer(in) / Zeuge / Zeugin

\_\_\_\_\_  
Vorname / Name