



MVZ
ORTHOPÄDIE
MÜHLENKAMP

Dr. med.
R. THEERMANN

PD Dr. med.
C.-H. HARTWIG

Dr. med.
K. HÖFKEN

Dr. med.
A. PREISS

Frau
J. FISCHER

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

Name

Name

Name

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

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

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