Dr. med. Robert J .Dunckelmann Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Kinder-Pneumologe, Allergologe Arzt für Naturheilverfahren Arzt für Pädiatrische Intensivmedizin



.....

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Rohrbacher Str. 83, 69115 Heidelberg, Tel.: 06221-162151, Fax: 06221-601091, E-Mail: praxis@dunckelmann.de, www.kinderarzt-dunckelmann.de

Finwilligungserklärung der Frhebung / Übermittlung von Patientendaten

Emmingangserklarang der Emebang	7 Obermittiding vom i attentendaten
Ich (Erziehungsberechtigte/er)	
Name, Vorname	
Name meines/meiner Kinder	
Geburtsdatum meines/er Kinder	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Robe angegebenen Kinder erhoben und verarbeitet werden. Auf ausgehändigt, zu welchem ich Rückfragen stellen kann über	
 Den Umfang und die Art meiner Daten Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung Die Möglichkeiten, Wiederspruch einzulegen und über 	er die Folgen
Ich erkläre mich einverstanden, dass	
 und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumenta können. Meine Kinder und mich betreffende Behandlungsdate Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übe 	ermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise ten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz od die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.	der teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über
Heidelberg, den	
Datum	Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters
Ich habe das oben Gelesene verstanden:	

Heidelberg, den

Datum

.....