

Sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Information hängt und liegt in unserem Wartezimmer aus und kann auf unserer Homepage eingesehen werden.

Zur korrekten und vollständigen Aufnahme in unserer Patientendatei, bzw. zum Datenabgleich benötigen wir einige Angaben und Bestätigungen von Ihnen.

#### Patientenerklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe. Ich stimme zu, dass meine Daten zur Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung von allen am Lungenzentrum Darmstadt tätigen Ärzten und medizinischen Mitarbeitern eingesehen werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass gesetzlich Krankenversicherte nur nach Vorlage eines gültigen Versicherungsnachweises für das aktuelle Quartal behandelt werden können.

Sollte ich aus zwingenden Gründen (Notfallbehandlung) medizinische Leistungen ohne Vorlage eines gültigen Versicherungsnachweises in Anspruch nehmen, reiche ich diesen unverzüglich im laufenden Quartal nach. Ich bestätige, dass ich andernfalls gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten der Behandlung selbst tragen werde.

---

Name, Vorname (in Blockbuchstaben):

---

Datum Unterschrift