

Patienten-Information und erweiterter Patientenservice

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Ihnen die Besuche bei uns so angenehm wie möglich gestalten und bitten Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen:

Wie haben Sie zu uns gefunden?

Empfehlung von:	Information von:	Überweisung von:
Was können wir heute für Sie tun?		

Dürfen wir Sie zu den folgenden Dingen kontaktieren?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erinnerungen betreffend anstehender Routineuntersuchungen im ärztlichen, ästhetischen oder kosmetischen Bereich (Bsp. jährlich anstehende Muttermalvorsorge)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	SMS- bzw. E-Mail-Bestätigungen an Ihren bevorstehenden Termin bei hautok
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zusendung der haut-SACHE per E-Mail
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Benachrichtigung über Neuigkeiten / Aktionen über SMS oder E-Mail

Wir arbeiten in Ihrem Interesse sehr eng mit kompetenten Kooperationspartnern zusammen. Im Rahmen der Datenschutzbestimmungen sind wir verpflichtet, Ihre Zustimmung einzuholen, wenn in der Praxis erhobene Daten zu medizinischen Zwecken an diese übermittelt werden.

- Ich erkläre mich einverstanden, dass die in der Praxis erhobenen Daten an Labore, Fachärzte, Histologen, Apotheken sowie Laborbehandlungsinstitute und Inhouse-Laserbehandler weitergegeben werden, sofern dies im Zusammenhang mit dem Behandlungsverlauf geschieht. Sollten Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, können wir ggf. die Behandlung ablehnen.

Mir ist bekannt, dass ich die oben gemachten Angaben jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

München, den _____