

## Einverständniserklärung

1. **Ich bin einverstanden mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen.**

Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern.

2. **Im Zuge der Einführung der ePA (Elektronische Patientenakte), bin ich damit einverstanden das meine von den Ärzt\*innen ausgestellten Befunde in meine ePA eingepflegt werden.**

Die Befunde sind somit direkt für andere Ärzt\*innen sichtbar.

3. **Ich bin ferner damit einverstanden, dass Herr Dr. Sengespeick jedem weiteren Mitarbeiter dieser Praxis Einsicht in meine personenbezogenen Daten und deren Verarbeitung gestattet.**

4. Diese Zustimmung soll es der Praxis für Schmerztherapie Dr. Sengespeick ermöglichen, sich ggf. mit einem anderen Arzt zur gemeinsamen Berufsausübung in einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, ohne dass für die Verarbeitung Ihrer Daten dann eine separate Zustimmung einzuholen ist. Auch bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlung sowohl durch Herr Dr. med. Sengespeick als auch durch einen anderen beschäftigten Arzt erfolgen kann.

Ausführliche Informationen zum Thema Datenschutz entnehmen Sie der Datenschutzerklärung auf der Homepage der Schmerzpraxis.

5. **Falls Sie Ihren Ersttermin nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige (48 Stunden vorher) Absage.**

Wir reservieren Ihnen beim Ersttermin 60 Minuten für ein eingehendes Gespräch und eine eingehende Untersuchung. Aus diesem Grund behalten wir uns vor, bei nicht rechtzeitiger Absage, oder nicht Erscheinen zum vereinbarten Termin eine **pauschale Aufwandsentschädigung** in Höhe von **75 EUR** in Rechnung zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift