



Praxis Dr. Caren Lagler
 Messerergasse 2
 83487 Marktschellenberg
 Tel: 08650/98 48 914
 Fax: 08650/98 48 916
praxis@dr-lagler.de <http://www.dr-lagler.de>
 Sprechzeiten: Mo, Mi, Do 08.15 – 12.15 Uhr

Datenblatt

Name, Vorname		Geb.-Datum
PLZ Ort	Straße, Hausnummer	
Tel. Festnetz	Tel. Handy	E-Mail

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert
	<input type="checkbox"/> unentgeltliche truppenärztliche Versorgung	
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung:	

Hausarzt mit Adresse und Fax-/Telefonnummer	<u>Anderer Therapeuten</u>
	Physiotherapeut:
	Gynäkologe/Urologe:
	Zahnarzt:
	Anderer:

Ich bin damit einverstanden, dass oben angegebene Daten von der Praxis Dr. Lagler digital und in Papierform gespeichert werden. Zugriff auf diese Daten haben nur Dr. Caren Lagler und die medizinische Fachangestellte Stefanie Reiss, bzw. deren Vertretung.

Das Merkblatt über die Beauftragung von Dienstleistern für Systembetreuung und Wartung wurde mir ausgehändigt, ich bin damit einverstanden und habe keine Fragen mehr dazu.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Lagler von meinem Hausarzt oder anderen Therapeuten, bei denen ich in Behandlung bin, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Praxis Dr. Lagler weiterzuleiten. Die Praxis Dr. Lagler darf diese Informationen nur zum Zwecke meiner Behandlung verwenden und darf diese Informationen nicht an Dritte weiterleiten.

Falls ich von meinem Hausarzt oder von einem anderen Therapeuten an die Praxis Dr. Lagler überwiesen worden bin, bin ich damit einverstanden, dass dem überweisenden Therapeuten über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen berichtet wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

_____, den ____ . ____ . 20____, _____
 Ort Datum Unterschrift