

Schriftliche Einwilligung zur Befundmitteilung

Name:

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir „Derma Köln“ meine **persönlichen Befunde**, sowie **Terminbestätigungen, Terminabsagen, Rezept- und Überweisungsanfragen** wie folgt mitteilen darf:

- telefonisch/ Anrufbeantworter
- per Mail
- Fax
- von Ihnen bevollmächtigte Personen
- **Die Übermittlung von Befunden per Mail ist ausgeschlossen.**

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Dr. med.

Thomas Schaefer

Dermatologie

Allergologie

Proktologie

Medikamentöse Tumortherapie

Claudia Vente

Dermatologie

Dermatologische Ästhetik &

Lasermedizin

Markus Buddenbrock

Dermatologie

Phlebologie

Allergologie

und Kollegen

Zertifiziert nach

DIN EN ISO 9001:2015

Tel: 0221 9 24 24 360

Fax: 0221 9 24 24 369

Info@derma-koeln.de

www.derma-koeln.de

Ort/Datum

Unterschrift