

Vollmacht der Eltern für die namentliche Datenweitergabe:

Name:
Vorname:
Adresse / Ort:
Tel.
Email:

Patientin von (Ärztin / Arzt):

Name:
Vorname:
Adresse / Ort:

Arztgeheimnis / Datenschutz:

Die Personen, welche die Behandlungsverläufe auswerten und interpretieren, unterstehen einerseits dem Arztgeheimnis und andererseits dem Datenschutz. Dadurch ist gewährleistet, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Dank eines technischen Sicherheitsbereichs, in dem sich health-banking im Internet befindet, können auch keine Unbefugte Daten abrufen.

Vollmacht:

Ich erteile meiner Ärztin / meinem Arzt die Vollmacht, meinen Behandlungsverlauf namentlich in health-banking dokumentieren zu lassen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die auswertenden und interpretierenden Fachexperten Ärzte sind und somit dem Arztgeheimnis unterstehen. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass health-banking die Einhaltung der Datenschutzregeln garantiert.

Ort, Datum, Unterschrift:

Ort:

Datum:

Unterschrift: