

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

(Die grauen Felder **müssen** vollständig und in Druckschrift ausgefüllt sein)

Versicherungsnehmer / Erziehungsberechtigter:	Versicherte Person (wenn unterschiedlich)
Anrede	Anrede
Name	Name
Vorname	Vorname
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Tel: (für Rückfragen)	

Behandelnde Praxis:

Name: Dres. Baldus / Gascon	Ort: Holzhausenstr. 17 / 60322 Frankfurt
-----------------------------	------------------------------------------

Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten

Die Verantwortung für die Einhaltung der Kühlkette bei kühlschrankpflichtigen Medikamenten wie Impfstoffen möchte ich nicht übernehmen. Ich wünsche mir ausdrücklich, dass die Praxis den Impfstoff für mein Kind oder mich besorgt. Ich bin damit einverstanden, dass eine der folgenden Apotheken (Bahnhof-, die Marbach-, die Schiller- und die Schwarzbürgapotheke), die den Impfstoff verfügbar hat, meine personenbezogenen Daten ärztlicher Verordnungen, sowie Daten zur Abrechnung speichert. Die Daten dürfen nicht an dritte Personen weitergegeben werden und sind auf Aufforderung unverzüglich zu löschen. Ich beauftrage hiermit die Apotheke zur Lieferung der benötigten Impfstoffe an die Praxis und verzichte in diesem Fall auf das Apothekenwahlrecht.

Den Impfstoff möchte ich selber mitbringen.

Datum und Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Besonderheiten/Mitteilungen: