

---

Vor- und Zuname

---

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu Zwecken der Terminabsprache, Diagnose, Therapie und Abrechnung in der Praxis Dr. med. Rolf Wößner, Augsburger Str. 4, 89231 Neu-Ulm gespeichert und verarbeitet werden.  
Die Information zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß Artikel 13 + 14 DSGVO (AA-09.1) hängt im Wartezimmer zur Einsicht aus und wird mir jederzeit auf Wunsch ausgehändigt.

---

Datum

---

Unterschrift Patient

### **Einverständnis zur Anforderung / Weiterleitung der Briefe / Befunde**

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass die Praxis Dr. med. Rolf Wößner mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- dass die Praxis Dr. med. Rolf Wößner mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte / Krankenhäuser und andere Leistungserbringer zum Zweck der weiteren Behandlung übermittelt.

---

Datum

---

Unterschrift Patient

### **Einverständnis zur Kontaktaufnahme**

- Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis in dringenden Fällen per Post oder per Telefon \_\_\_\_\_ zu mir Kontakt aufnimmt.  
Bitte Tel-Nr. eintragen (Festnetz, Handy, Arbeit)
- Ich möchte keine persönliche Kontaktaufnahme

---

Datum

---

Unterschrift Patient

**Mir ist bekannt, dass diese Erklärungen freiwillig sind und jede Einzelne von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

### **Terminversäumnis**

Bitte sagen Sie Termine spätestens 24 Stunden vorher ab. Bei unentschuldigtem Fernbleiben behalten wir uns vor eine Privatrechnung in Höhe von 40,00 Euro zu stellen.

Zur Kenntnis genommen:

---

Datum

---

Unterschrift Patient