

Überweisungsschein



DR.FÜGER
Internist Gastroenterologe
o

Einverständniserklärungen

<input type="checkbox"/>	Ich habe die Patienteninformationen zum Datenschutz in der Praxis Dr. Föger erhalten und bin mit einer Datenspeicherung im gesetzlich vorgesehenen Umfang einverstanden. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen. <i>(Einverständniserklärung im Sinne der DSGVO)</i>
<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt / der zuweisende Arzt nach Abschluss der Untersuchungen einen Befundbericht erhält
<input type="checkbox"/>	Ich möchte nicht , dass mein Hausarzt / der zuweisende Arzt nach Abschluss der Untersuchungen einen Befundbericht erhält
<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass ich von der Praxis Dr. Föger telefonisch oder schriftlich informiert werde, wenn endoskopische und andere Kontrolltermine anstehen (Einverständnis mit „ Recall “).
<input type="checkbox"/>	Ich stimme der Teilnahme an der Videosprechstunde zu und habe hierzu ein ausführliches Merkblatt erhalten und wurde über die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Videosprechstunde informiert.

Tettnang, den

Unterschrift der Patientin / des Patienten