

# Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten bei Onlineberatung (nach DSGVO)

Ich

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass in der

*Praxis für Ernährungstherapie Dipl. oec. troph. Maria Pfingsten*

*Ostelsheimer Str. 20*

*71134 Aidlingen*

*Tel: 07034-270383*

*Email: maria.pfingsten@web.de*

für die Ernährungstherapie relevante Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Daten an den/die zuweisende/n Arzt/Ärztin weitergeleitet werden können.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärungen jederzeit ganz oder teilweise durch eine schriftliche Mitteilung widerrufen und der Behandlungsvertrag beendet werden kann.

Bericht an Hausarzt (nein) (ja) : \_\_\_\_\_

Bericht an Facharzt: (nein) (ja) \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

## **WICHTIG** **Absage von Terminen**

Ich bin darüber informiert, dass die Terminvereinbarung für beide Seiten verbindlich ist.

Die Praxis für Ernährungstherapie ist eine Bestellpraxis mit festen Terminen. Terminausfälle werden daher zu 50 % in Rechnung gestellt werden, wenn keine rechtzeitige Absage bis 18 Uhr des Vortages per Email oder Telefon (AB) erfolgt.

---

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters