



Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

Kinder- und Jugendmedizin, Päd. Pneumologie, Allergologie, Gastroenterologie, Sonographie

Dr. Inka Held
Dr. Sarah Müller-Stöver
Dr. Janneke Ohlhoff

Friesenweg 2, 22763 Hamburg Tel.: 040/3806476

Fax.: 040/3805352

Sprechstunden:

Dr. Held / Dr. Müller-Stöver / Dr. Ohlhoff

Friesenweg 2, 22763 Hamburg

Montag, Dienstag, Donnerstag: 8.00 -12.00 und 14.00 -17.00

Mittwoch: 8.00 -13.00

Freitag: 8:00 -13:00

Spezialfachärztliche Sprechstunden:

Mukoviszidose Ambulanz; Pneumologie;

Asthma & Allergologie; Gastroenterologie,

Ernährungsmedizin;

Päd. Sonographie: Hüften, Schädel, Abdomen, Thorax

Patientenstammblatt und Einverständniserklärung zur Übermittlung von Daten an mitbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten – bei Personen ab dem 18. Geburtstag

(Name, Vorname)

(Geburtsdag)

--
Die Praxis ist eine Gemeinschaftspraxis. Alle Ärzte/Ärztinnen und qualifizierten MitarbeiterInnen/MFAs können auf Ihre Patientendaten zugreifen.

Mit meiner Unterschrift
erkläre mich einverstanden, dass

- die Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis Friesenweg ausschließlich die für die meine bestmögliche Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anderen Ärzten oder Leistungserbringern übermittelt und die von anderen Ärzten erhobenen Befunde für meine Behandlung verarbeitet und nutzt. (Einverständniserklärung zur Erhebung und Ermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs.1b SGB V)
- sofern der Versorgungsauftrag in der kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis Friesenweg/BAG verbleibt, ein nachfolgender Arzt/Ärztin weiterhin Zugang zu meinen erhobenen Gesundheits-Daten hat
- Daten anonymisiert und pseudonymisiert im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) an die Praxisverwaltungssoftware (Medatixx) weitergegeben werden
- Befunde per Fax, Post oder E-Mail übermittelt werden.
- die Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis Friesenweg mich ggf. per E-Mail kontaktieren darf (z.B. Terminerinnerungen).

Ich versichere, dass ich für **planbare** (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Ultraschall, Lungenfunktion, Allergiediagnostik, Blutentnahmen) medizinische Maßnahmen nur durchführen lasse, wenn weitere Sorgeberechtigte darüber informiert und einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit vollständig oder in Teilen zurückgenommen werden

Datum

Unterschrift