



Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

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

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

Friesenweg 2, 22763 Hamburg Tel.:040/3806476
Fax.:040/3805352

Sprechstunden:

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.

Für _____
(Name des Kindes) (Geburtstag)

bin ich, _____
(Name der/des Sorgeberechtigten) **sorgeberechtigt.**

Weitere Sorgeberechtigte: _____
(Name/ Funktion)

Die Praxis ist eine Gemeinschaftspraxis. Alle Ärzte/Ärztinnen und qualifizierten MitarbeiterInnen/MFAs können auf Ihre Patientendaten zugreifen. Die Übermittlung von Daten an Dritte ist nur unter ganz besonderen Umständen gestattet, die sie der Datenschutzerklärung (Aushang Anmeldung, Wartezimmer, homepage) entnehmen können.

Mit meiner Unterschrift

erkläre mich einverstanden, dass

- die Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis Friesenweg ausschließlich die für die bestmögliche Behandlung meines Kindes erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anderen Ärzten oder Leistungserbringern übermittelt und die von anderen Ärzten erhobenen und übermittelten Befunde für die Behandlung meines Kindes 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
- dass Befunde per Fax und Post übermittelt werden

und versichere dass

- ich weitere Sorgeberechtigte über die Behandlung des Kindes in dieser Praxis und diese Einwilligung informiere.
Ich versichere, dass ich **planbare** (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Ultraschall, Lungenfunktion, Allergiediagnostik, Blutentnahmen) medizinische Maßnahmen nur durchführen lasse, wenn weitere Sorgeberechtigte darüber informiert und einverstanden sind.

Diese Einwilligung kann jederzeit vollständig oder in Teilen zurückgenommen werden.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter