

Ernährungsberatung Dinslaken
Silke Weiß
Steigerstraße 13
46537 Dinslaken

**Einverständnis
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- meine Ernährungstherapeutin Frau Silke Weiß mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- meine Ernährungstherapeutin Frau Silke Weiß mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Für andere als die o.g. Zwecke darf Frau Silke Weiß meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Ich stimme zu, dass

ein Termin, der nicht 24 Stunden vor unserem Beratungstermin abgesagt wurde, in der Regel mit 50 % der Kosten berechnet wird.

Datum

Unterschrift des Patienten (bzw. des gesetzlichen Vertreters)