

**Praxis Amirpour - Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
Dr. med. Karan Amirpour - Jennifer Fieger - Dr. med. Swantje Berndt-Rüffer -  
Wolfgang Schroeder

Küchenstr. 10  
38100 Braunschweig  
Tel.: 0531 - 288 99 66  
Fax: 0531 - 288 99 670

**Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis/ Datenschutzerklärung**  
**(gemäß DS-GVO)**

**1. Datenübermittlung und Schweigepflichtsentbindung**

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die Behandlung bei **Praxis Amirpour, Küchenstr. 10, 38100 Braunschweig** an/bei die/den nachfolgend benannten Ärzten, Therapeuten und sonstigen Kooperationspartner (Schulen, Jugendamt, etc.)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

angefordert und weitergegeben werden dürfen. Damit entbinde ich die aufgeführten Parteien gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ich möchte keine Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befunde an Kooperationspartner (Bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 6)

**2. Kontaktaufnahme/ Kommunikation**

Ich bin damit einverstanden, dass mir Nachrichten per Brief, telefonisch, telefonisch auf dem Anrufbeantworter, per Mail oder Fax übermittelt werden dürfen hinterlassen werden dürfen (nicht zutreffendes bitte durchstreichen).

-bitte wenden-

### **3. Rezepte und Befunde dürfen auch von folgenden Personen abgeholt werden:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

### **4. Erklärung über die Kostenbeteiligung bei Ausfall**

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis Amirpour, die ich nicht wahrnehmen kann, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig absagen zu können (z.B. bei kurzfristiger Erkrankung), werde ich für jeden nicht eingehaltenen Termin eine Kostenbeteiligung in Höhe von 20,00 € bezahlen.

### **5. Unterschriften**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis Amirpour nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientin/ Patient

**Vielen Dank!**