

Beauftragung zur Terminvereinbarung

Bitte dieses Formblatt an die
Poliklinik (mit dem Stichwort „Terminvereinbarung“) der Klinik für Dermatologie, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg schicken, in Notfällen an die Faxnummer 0931-201-26760

Patient/in:

Nachname, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Tel.-Nr. / Mobil-Nr.: _____
(Bitte unbedingt für die Terminvereinbarung angeben)

- Ich willige in die Übermittlung meiner Patientendaten und Befunde an die Univ.- Hautklinik Würzburg ein.
- Ich willige ein, dass die Univ.- Hautklinik Würzburg, die für meine aktuelle Behandlung notwendigen Befunde oder ggf. histologische Präparate von Dritten anfordern darf.
- Ich willige in die Rückmeldung meines Vorstellungstermins an den Zuweiser per Fax (s. unten) ein. Mir ist bekannt, dass bei aller Sorgfalt eine fehlerhafte Übermittlung per Fax nicht immer auszuschließen ist, ebenso eine Einsichtnahme durch unbefugte Dritte.

Diese Einwilligungen können ganz oder teilweise jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf gilt aber erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Betreuer/in

Überweisende/r Arzt/Ärztin bzw. überweisende Klinik

Name: _____

Adresse: _____

Tel. Nr. : _____

FAX Nr.: _____
(Bitte unbedingt angeben für Rückfragen bzw. für die Rückantwort unserer Klinik)

Anlagen: Histologiebefund sonstige Befunde: _____

Wird durch die Univ.- Hautklinik Würzburg ausgefüllt und an die zuweisende Praxis zurückgefakt.

Der/die o. g. Patient/in hat am _____ um _____ einen Termin in unserer Klinik und wurde über diesen bereits informiert.