

Einverständniserklärung zum Datenschutz und Ausfallhonorar

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Die Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), welche am Tresen jederzeit ausgehändigt wird. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass Sie die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.

Es ist von Bedeutung, dass wir ausreichend Zeit für die Vorsorgeuntersuchungen Ihres Kindes einplanen. Bei wiederholter Nichteinhaltung eines Vorsorgetermins sind wir gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar von 50 € in Rechnung zu stellen. Wir danken für Ihr Verständnis und Ihre Kooperation.

C. Bauch und N. Zibulka

☐ Ich/ Wir habe/n die oben aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und zeige mich/ zeigen uns mit diesen einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift: