



**Retinologie
Kinderophthalmologie
Kontaktlinsenberatung**

**Neuroophthalmologie
Gutachten/Bescheinigung
Laserchirurgie**

**Sehschule-Orthoptik
Vorsorge CheckUp
Plastische Lidstraffung**

Spezialpraxis für Ästhetische Medizin
Schonende Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin u. Hyaluronsäure
Gesichts- u. Lippenmodellierung • Volumenaufbau • Mesotherapie • Hautverjüngung

**Wickerer Str. 8-10 • 65439 Flörsheim am Main
Telefon 06145 7878 • Fax 06145 7848
www.augenarzt-dr-lachmann.de**

**DatenschutzErklärung (DSGVO)
zwischen Dr.med. Claudius Lachmann und**

Frau/Herr _____ Geboren am _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr.: Privat _____ Geschäftlich _____

Name der Krankenversicherung _____

Email _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten/in, bzw. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe und zum Datenschutz

Mit Inkrafttreten der Datenschutzerklärung (DSGVO) zum 25.5.2018 benötigen wir ihre schriftliche Einverständniserklärung. Mit ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihre Einwilligung:

JA, zur Datenübermittlung (Zusendung eines Arztbriefes, Laborwerte, Überweisungen, Rezepte) an den von Ihnen genannten Hausarzt.

JA, auf besondere Anfrage wünsche ich die elektronische Befundübermittlung unverschlüsselt an folgende Email Adresse:

 JA, zur Datenübermittlung (Arztbriefe, Kontaktdaten) an mit- u. weiterbehandelnde Ärzte/innen, Krankenhäuser und Laborinstitute, wenn diese zum Wohl Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.

Diese Vereinbarung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihnen widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten/in, bzw. gesetzlicher Vertreter