



EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG VON _____

Eine für Sie ideale Ernährungstherapie zu gestalten ist mein großes Anliegen. Dafür brauche ich Ihre aktive Einwilligung, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben und sicher zu verwahren.

Ihre Daten werden von mir (Judith Erler) verarbeitet. Im Sinne der Auskunftspflicht (MTD-Gesetz §11b(2)) bin ich dazu aufgefordert, für die Therapie oder Pflege erforderliche Informationen an andere medizinische Berufsgruppen, die Sie betreuen, weiterzugeben.

- Sie bestätigen hiermit, dass die Verarbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung zu den oben angeführten Zwecken) Ihrer Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ihnen ist bewusst, dass Sie die Einwilligung ohne nachteilige Folgen verweigern hätten können.

Sie wurden darüber aufgeklärt, dass Ihnen kein Nachteil entsteht, wenn Sie gegen die Datenverarbeitung widerrufen.

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie auf schriftlichem Weg die Datenverarbeitung widerrufen können. Ihnen ist bewusst, dass ich gemäß der Dokumentationspflicht ernährungstherapeutische Daten aufbewahren muss.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass ich (Judith Erler) Ihre Daten zur Planung, Umsetzung und Dokumentation der Ernährungstherapie erhebe, speichere und verwende. Ein Bericht ergeht auch an Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin, Kinderarzt / Kinderärztin oder Facharzt / Fachärztin. Bitte geben Sie Ihre Zustimmung oder Ablehnung zur Übermittlung von Befunden und Berichten per E-Mail zwischen der betreuenden Ärztin / dem betreuenden Arzt und mir ab:

- Ja, ich stimme der Übermittlung von Befunden und Berichten per E-Mail zu.
 Nein, ich lehne die Übermittlung von Befunden und Berichten per E-Mail ab.



Auf Wunsch kann das Angebot der Teletherapie in Anspruch genommen werden.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Erbringung der Therapieleistung per Videotelefonie ein und stimmen folgenden Punkten zu:

- Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Therapie mittels akustischer und visueller Übertragung auf elektronischem Wege erfolgt.
- Durch die Nutzung der Videotelefonie-Software gilt die Datenschutzerklärung des vereinbarten Anbieters.
- Die Teletherapie findet in Räumen mit angemessener Privatsphäre statt und wird nicht aufgezeichnet.

Eine Kopie dieser Erklärung wurde Ihnen ausgehändigt.

Ihre Kontaktdaten:

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon			
E-Mail			

Ort, Datum

Unterschrift



ANAMNESEBLATT VON _____

ALLGEMEINE DATEN

Geburtsdatum:		
Versicherungsnummer:		
Krankenversicherung:		
Hausarzt/-ärztin bzw. Kinderarzt/-ärztin:		
Überweisung von Hausarzt/- ärztin, Kinderarzt/-ärztin oder Facharzt/ärztin*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

* Bitte bringen Sie zur Beratung eine Überweisung zur Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie mit.

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Allergien oder Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welche:
Stuhlgang:	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> normal geformt <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung
Befunde oder Diagnosen:		
Gibt es Erkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welche: