



Jens Schapp MBBS AKC (King's College London)  
Christian Hinrichs  
FÄ für Allgemeinmedizin

Jann-Berghaus-Str.17, 26802 Moormerland Tel.: 04954-4360

## **Vollmacht & Weiternutzungserlaubnis**

Name :  
Geboren am :  
Wohnhaft in :

Mit nachfolgender Unterschrift erlaube ich der

### **Fehntjer Hausarztpraxis**

Jens Schapp & Christian Hinrichs

Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland

Tel.: 04954/4360 Fax: 04954/994556 [info@fehntjer-hausarztpraxis.de](mailto:info@fehntjer-hausarztpraxis.de)

Die bisher in der

### **Fehntjer Hausarztpraxis**

Dr. med Ulrike Hinrichs und Jens Schapp

Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland

Tel.: 04954/4360 Fax: 04954/994556 [info@fehntjer-hausarztpraxis.de](mailto:info@fehntjer-hausarztpraxis.de)

und der rechtlichen Vorgängerpraxis, der Gemeinschaftspraxis Dres. U. & M. Hinrichs ebenda,

erhobenen, gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu erheben, zu speichern und weiter verarbeiten zu dürfen.

Es handelt sich neben Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten) zu meiner Person insbesondere um folgende Gesundheitsdaten:

- Angaben zu aktuellen Beschwerden
- biometrische Daten (Größe, Gewicht, Vitalzeichen)
- Relevante Vorerkrankungen, Operationen, Medikamente, Allergien
- biografische und soziale Anamnese
- relevante Risikofaktoren wie Familienanamnese, Genussmittel
- Untersuchungs- und technische Befunde
- Fremdbefunde

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Fehntjer Hausarztpraxis widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.
- bei Widerspruch eine inkomplette Dokumentationssammlung nicht gleichbedeutend mit einem Befunderhebungsfehler des behandelnden Arztes ist

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem,

- dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.
- Dass meine in der bisherigen Praxis hinterlegten datenschutzrechtlichen Einwilligungen und Vollmachten Ihre Gültigkeit behalten und für die Fehntjer Hausarztpraxis unter Leitung von Herrn Schapp und Herrn Hinrichs weiter gelten

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten