

**Dr. med. Volker Heilmann**  
Frauenheilkunde/Medikamentöse Tumorthherapie  
**Dr. med. Cornelia Wenske (angest. Ärztin)**  
**Dr. med. Katharina Schneider (angest. Ärztin)**  
Frauenheilkunde/Psychotherapie/Zytologie  
Bgm.-Landmann-Platz 9, 89312 Günzburg  
Telefon 08221/4334 - Fax 08221/ 21644

---

### BEHANDLERVERTRAG

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Angehörige oder gesetzliche Betreuer (bitte Adresse und Telefonnummer angeben), dem gegenüber Sie den Arzt von der Schweigepflicht entbinden (auch für die Abholung von Rezepten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich wünsche, dass der Hausarzt über meine Behandlung informiert wird:

Ja  Nein

Hausarzt \_\_\_\_\_

und/oder überweisender Arzt \_\_\_\_\_

Wünschen Sie, dass wir uns vorliegende Fremdbefunde und unsere Arztbriefe an Ihre weiterbehandelnden Ärzte, auf Nachfrage, weitergeben?

Ja  Nein

Sind Sie einverstanden, dass wir Befunde von Ihren vorbehandelnden Ärzten anfordern, wenn nötig?

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass von mir abgenommene Proben mit meinen Daten an das Labor oder an die Pathologie zur Weiteruntersuchung eingeschickt, verarbeitet und befundet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten **anonym** in einer Datenbank zu statistischen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich namentlich vom Wartezimmer aufgerufen werde.

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vereinbarten Termine einzuhalten. Mir ist bekannt, dass ich Termine rechtzeitig vorher absagen muss.

Ebenso ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Falls sich Änderungen ergeben, teilen Sie diese bitte in Ihrem Interesse der Praxis mit.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_