



PRIVATPRAXIS

**Dr. König & Kollegen**

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin  
Spezielle Schmerztherapie • Organzelltherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

---

## **Einverständniserklärung Übermittlung medizinischer Befunde / Recall Intervall-Termine**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Übermittlung medizinischer Befunde

Ich wünsche ausdrücklich die Zusendung meiner Befunde und aller weiteren Dokumente, die im Zusammenhang mit der bei mir vorgenommenen Behandlung stehen, an die hier genannte E-Mail-Adresse.

E-Mail-Adresse: .....

Mir ist bekannt und ich bin einverstanden, dass die E-Mail unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt wird. Mir ist bewusst, dass wenn eine Datenübermittlung unverschlüsselt erfolgt, nicht ausgeschlossen werden kann, dass unbefugte Personen oder gar fremde Dritte meine vertraulichen Daten erhalten, einsehen, verwenden oder verändern können, da keine vollständige Sicherheit in Bezug auf Geheimhaltung der übermittelten Daten und Informationen vor unberechtigten Zugriffen gewährleistet ist.

Da ich als Patient eine Zusendung meiner Dokumente per unverschlüsselter Mail wünsche, übernehme ich selbst die Verantwortung und willige dem schriftlich zu.

### Recall Intervall-Termine

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, von der Praxis Dr. König & Kollegen an regelmäßige Intervall-Termine erinnert zu werden.

Wir werden Sie telefonisch, per E-Mail oder per Post kontaktieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

---

Ludwig-Wilhelmsplatz 4 • 76530 Baden-Baden  
Tel +49(7221) 97 371-0  
Fax: +49(7221) 97 371-22  
info-bb@drkoenig.com  
www.drkoenig.com

Kaiserallee 36 • 76185 Karlsruhe  
Tel +49(721) 627 677-0  
Fax +49(721) 627 677-24  
info-ka@drkoenig.com  
www.drkoenig.com