



Einwilligungserklärung

Ich, die/der Unterzeichnende, bestätige hiermit:

A – Aufklärung & Verständnis

- ☐ Ich habe den Patientenaufklärungsbogen vollständig gelesen und verstanden.
- ☐ Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- ☐ Ich wurde über Ablauf, Zweck, Risiken und Alternativen der Untersuchung informiert.
- ☐ Ich weiß, dass ich die Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.

B – Einwilligung in die Untersuchung

- ☐ Ich willige freiwillig in die Durchführung der Polysomnographie (PSG) im Schlafzentrum Burgwedel ein.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsdaten (EEG, EKG, Atemparameter, SpO2 etc.) gespeichert und medizinisch ausgewertet werden.

C – Videoüberwachung

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Schlafbewegungen mittels Infrarotkamera aufgezeichnet werden (ausschließlich medizinische Diagnostik).
- ☐ Ich bin NICHT damit einverstanden, dass Videoaufnahmen erstellt werden. (Bitte Fachpersonal informieren.)

D – Datenschutz (DSGVO)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Diagnose gespeichert und an Dr. med. Christian Sutor sowie meinen zuweisenden Arzt weitergeleitet werden.
- ☐ Ich wurde über meine Rechte gemäß DSGVO informiert (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Art. 15–18).

E – Schweigepflichtentbindung (freiwillig)

Ich entbinde das Schlafzentrum Burgwedel / Dr. med. Christian Sutor von der Schweigepflicht gegenüber:

Name / Institution:	
Verhältnis:	
Kontakt:	

Diese Entbindung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

F – Ausfallhonorar bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen

Die für Sie vereinbarten Untersuchungs- und Behandlungstermine werden ausschließlich für Sie reserviert. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, bitten wir Sie, diesen spätestens **24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** telefonisch unter [05139 3033](tel:051393033) oder per E-Mail an info@praxis-burgwedel.de abzusagen.

Erfolgt die Absage **weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** oder erscheinen Sie **ohne vorherige Absage** nicht zu Ihrem Termin, behalten wir uns vor, Ihnen ein **Ausfallhonorar in Höhe von 100,00 €** in Rechnung zu stellen.

Die Rechnung über das Ausfallhonorar wird von der OxyCare GmbH ausgestellt, da diese Betreiberin des Schlafzentrums Burgwedel ist.

In begründeten Ausnahmefällen, in denen Sie die kurzfristige Absage oder das Nichterscheinen nicht zu vertreten haben, kann von der Berechnung des Ausfallhonorars abgesehen werden.

Mit Ihrer Terminvereinbarung erklären Sie sich mit dieser Regelung einverstanden.

Unterschriften

Auszufüllen vom Patienten:

Name, Vorname	
Ort, Datum:	
Unterschrift:	

Name Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift: Dr. med. Christian Sutor / Fachkraft

Original verbleibt in der Patientenakte. Eine Kopie erhält der/die Patient/in. | Schlafzentrum Burgwedel | Dr. med. Christian Sutor