



faltenfrei
flensburg

Praxis für ästhetische Medizin
Dr. med. Guido Wölk

Vereinbarung und Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich als Selbstzahler mit der Praxis für ästhetische Medizin, faltenfrei-flensburg, Große Straße 85, 24937 Flensburg einen Behandlungsvertrag abschließen möchte. Die Behandlung wird von Herrn Dr. med. Guido Wölk durchgeführt.

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Ort und Postleitzahl: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Wie sind Sie I die Praxis aufmerksam geworden ? ☒ Internet ☐ Empfehlung ☐ Sonstiges

Datum: _____

Unterschrift: _____

faltenfrei - flensburg | Praxis für ästhetische Medizin | Dr. med. Guido Wölk

Große Straße 85 | 24937 Flensburg | 0151 – 40 30 77 10
info@faltenfrei-flensburg.de | www.faltenfrei-flensburg.de



faltenfrei
flensburg

Praxis für ästhetische Medizin
Dr. med. Guido Wölk

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis faltenfrei-flensburg | Praxis für ästhetische Medizin von Dr. med. Guido Wölk meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Dr. med. Guido Wölk, Große Straße 85, 24937 Flensburg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

faltenfrei - flensburg | Praxis für ästhetische Medizin | Dr. med. Guido Wölk

Große Straße 85 | 24937 Flensburg | 0151 – 40 30 77 10
info@faltenfrei-flensburg.de | www.faltenfrei-flensburg.de



faltenfrei
flensburg

Praxis für ästhetische Medizin
Dr. med. Guido Wölk

Einwilligungserklärung in die Praxisorganisation

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis faltenfrei-flensburg | Praxis für ästhetische Medizin von Dr. med. Guido Wölk meine Daten zu folgenden Zwecken zusätzlich zur Behandlungsdokumentation nutzen darf:

- Terminbezogene Kontaktaufnahme
- SMS Terminbestätigungen und Terminerinnerungen
- Newsletter-Versand

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber Dr. med. Guido Wölk nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Ort, Datum, Unterschrift

faltenfrei - flensburg | Praxis für ästhetische Medizin | Dr. med. Guido Wölk

Große Straße 85 | 24937 Flensburg | 0151 – 40 30 77 10
info@faltenfrei-flensburg.de | www.faltenfrei-flensburg.de



Mit welchem Anliegen kommen Sie heute in die Praxis ?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?
Wenn ja, welche ?

☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankungen:

Herzinfarkt

☐ Ja ☐ Nein

Herzrhythmusstörungen

☐ Ja ☐ Nein

Herzklappenfehler

☐ Ja ☐ Nein

Kreislauf:

Bluthochdruck

☐ Ja ☐ Nein

Schlaganfall

☐ Ja ☐ Nein

Gynäkologie:

Sind Sie derzeit schwanger oder stillen ?

☐ Ja ☐ Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Medikamentunverträglichkeiten ?

☐ Ja ☐ Nein

Latexallergie ?

☐ Ja ☐ Nein

Antibiotika ?

☐ Ja ☐ Nein

örtliche Betäubungsmittel ?

☐ Ja ☐ Nein

Allgemeines:

Haben Sie Diabetes ?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie oft Schmerzmittel ?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Migräne ?

☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie unter Depressionen ?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Epilepsie ?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine HIV oder Hepatitis ?

☐ Ja ☐ Nein

Bisherige ästhetischen Behandlungen:

Botox

☐ Ja ☐ Nein

Region: _____

Hyaluron

☐ Ja ☐ Nein

Region: _____

Fett-weg-Spritze

☐ Ja ☐ Nein

Region: _____

Ästhetische Operationen:

☐ Ja ☐ Nein

Region: _____

Implantate:

☐ Ja ☐ Nein

Region: _____

Körpergewicht: _____