

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Geb.Datum _____ Geschlecht _____

Mobil-Nr _____ E-Mail _____

WohnAnschrift _____

RechnungsAnschrift (falls abweichend) _____

Name der Krankenversicherung _____ Beihilfe ☐ ja ☐ nein

Hausärzt:in /Kinderärzt:in _____

Medikamente _____

Allergien (insbesondere Medikamente) _____

Ihr Wunsch an uns / Grund des Besuchs _____

Hinweis zu Untersuchungsbefunden:

Sollten Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt oder veranlasst worden sein (z.B. Blutuntersuchungen, Abstriche, Röntgen, CT, MRT und andere), erkundigen Sie sich bitte nach den Ergebnissen!

Datenschutz

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V (siehe auch Aushang im Wartebereich zur DSGVO)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die z.B. von einem anderen Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, stammen oder ihm vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Arzt weiterzuleiten. Mein Arzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass auf Anfragen von mitbehandelnden Ärzten meine Behandlungsdaten und Befunde von meinem Arzt weitergeleitet werden dürfen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Laboruntersuchung, wie z.B. einer Blutuntersuchung, einer Urinuntersuchung oder einer Entnahme von Gewebeproben o.ä. das von mir entnommene Untersuchungsmaterial dem auswärtigen Labor zusammen mit meinen persönlichen Daten wie Namen, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenkasse und Diagnose weitergeleitet wird. Selbstverständlich unterliegen diese Labore (z.B. Labor MVZ Dr. Stein & Kollegen in Würselen und Mönchengladbach, Pathologie Uniklinik Aachen) strengen Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Meldungen das Landeskrebsregister (LKR) in NRW zur Statistik von Krebserkrankungen unter Wahrung strenger Datenschutzbestimmungen erfolgen dürfen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich per SMS, WhatsApp oder E-Mail an Termine erinnert werde.
- ☐ Ich bin darüber informiert, dass der elektronische Arztbrief Untersuchungsdatum, Anamnese, Diagnosen, Befunde (inkl. Labor, Bildgebung u.a.) und Therapieempfehlungen enthält (s. auch Aushang im Wartebereich).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten und mein Einverständnis zu den angekreuzten Punkten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen kann.

Privat- und Selbstzahler-Patienten: Abrechnung gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Ich bin darüber informiert, dass die Praxis eine Rechnung gemäß GOÄ an mich versendet. Ich bin darüber informiert, dass ich als Patient persönlich gegenüber der Praxis zur Erstattung verpflichtet bin.

Datum _____ Unterschrift _____