



Patientenaufnahmebogen

Vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon (mobil oder privat): _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Befundübermittlung Hausarzt:

Hausarzt: _____ Ort: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Befundübermittlung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Übermittlung von Patientendaten an Labore:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an mit der Praxis kooperierende Labore zur Diagnostik übermittelt werden.

Ja Nein

Ohne Ihre Einwilligung ist evtl. keine aussagekräftige Diagnostik möglich.

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Das Orthozentrum Plus MVZ wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Notfalldatensatz (NFDM) erhoben, genutzt und gespeichert werden darf.

Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der elektronische Medikamentenplan, angelegt, genutzt und gespeichert werden darf.

Ja Nein

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja Nein

Die jeweiligen oben gemachten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, bitten wir Sie, uns dies schriftliche mitzuteilen.

Falls sich eine der oben aufgeführten Angaben ändern sollte, bitten wir Sie, dies uns umgehend mitzuteilen. Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer informiert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter