**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: |
| Geburtsdatum: | ggf. Beruf: |
| Straße, Hausnr: | Ort: |
| Telefon (privat): | Telefon (mobil): |
| E-Mail: | Krankenkasse: |
| **Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte):** |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: |  |
| **Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte:** |
| 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 und Radiologen:** |
| Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an mit der Praxis kooperierende Labore und Radiologen zur Diagnostik übermittelt werden.Ja [ ]  Nein [ ] Ohne Ihre Einwilligung ist evtl. keine aussagekräftige Diagnostik möglich. |

**🡺 Bitte Rückseite ausfüllen!**

**Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:**

|  |
| --- |
| Die Praxis Dr. Mustermann 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 (Praxis, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, Tel.) dies mittels einer eindeutigen, schriftlichen Willenserklärung mitzuteilen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer und einen Handzettel informiert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter