

Patientenaufnahmebogen

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Behandlung in meiner Praxis entschieden haben.
Um den Organisationsablauf jetzt und in Zukunft so reibungslos wie möglich für Sie gestalten zu können, bitte ich Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Straße, Hausnr: _____ Ort: _____
Telefon (mobil): _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____

Hausarzt/überweisender Arzt:

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

Befundübermittlung per E-Mail: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde per Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten: Frau Dr. Ortolan wird gegenüber folgenden vor- und weiterbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:
Praxis: _____

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

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Vorerkrankungen oder sind bereits Operationen bei Ihnen durchgeführt worden?

Leiden Sie an einer, oder hatten Sie eine Infektionskrankheit, z. B. Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht), HIV, usw., wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien, wenn ja, welche?

Ich willige in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Privatversicherte/Selbstzahler:

Hiermit erkläre ich, dass ich den Betrag, der nach aktueller Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellten Rechnungen ohne Abzüge fristgerecht auf ein Konto der Praxis einzahlen werde.

Im Falle einer Terminverhinderung bitte ich Sie, den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andere Patienten sind Ihnen dankbar!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

_____ Datum Unterschrift Patient/in