

AUFNAHMEBOGEN

Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum	Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon/Mobilnummer	E-Mail-Adresse	Versicherung
Hausarzt	überweisender Arzt	

Bitte nennen Sie die Ärztinnen und Ärzte, die den Arztbericht erhalten sollen:
(Sie erhalten in jedem Fall den Arztbericht.)

Falls Sie CDs mit radiologischen Aufnahmen (CT, MRT) dabei haben, geben Sie diese bitte an der Anmeldung ab.

Erklärung zur Schweigepflicht:

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V benötigen wir Ihre Unterschrift, dass die Praxis Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern einholen sowie selbst erhobene Befunde und Arztbriefe an mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte übermitteln darf. Die Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Ich willige ein: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Gerne kontaktiere ich Sie zu gegebener Zeit bezüglich einer Kontrolluntersuchung.
Wenn Sie dies NICHT wünschen, kreuzen Sie dies bitte an. Nein, kein Interesse

Ihre persönlichen Daten werden nach der EU-DSGVO zweckgebunden erhoben, gespeichert, genutzt und ggf. im Rahmen des Versorgungsauftrages an Dritte (z.B. Labor) weitergegeben. Detailliertere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Aushang an der Anmeldung und auf dem Klemmbrett.

Ort Datum Unterschrift