

AUFNAHMEBOGEN

Name	Vorname	Titel
------	---------	-------

Geburtsdatum	Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
--------------	--------------------	-----------------------

Telefon/Mobilnummer	E-Mail-Adresse	Versicherung
---------------------	----------------	--------------

Hausärztin/arzt	überweisende Ärztin/Arzt
-----------------	--------------------------

Bitte nennen Sie die Ärztinnen und Ärzte, die den Arztbericht erhalten sollen:

Ich bitte um Zusendung des Arztberichtes via E-Mail: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Erklärung zur Schweigepflicht:

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V benötige ich 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)

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------