

Liebe Patientin, lieber Patient,

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: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte:

Hausarzt: _____ Adresse: _____

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

Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Ja Nein

Ich wünsche, dass auch an den Überweiser (Überweisungsschein) ein Bericht geschrieben wird.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

Die **Praxis Priv.-Doz. Dr. med. T. Olszak/Prof. Dr. med. M. Schnurr** wird gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die **Praxis Priv.-Doz. Dr. med. T. Olszak, Prof. Dr. med. M. Schnurr** wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörige oder gesetzlichen Betreuer (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten).

Vor- und Nachname: _____ Adresse: _____

Vor- und Nachname: _____ Adresse: _____

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter