

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:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an mit der Praxis kooperierende Labore zur Diagnostik übermittelt werden.

Ja Nein

Ohne Ihre Einwilligung ist evtl. keine aussagekräftige Diagnostik möglich.

➔ Bitte Rückseite ausfüllen!

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die MVZ Praxiskonzepte mit Weitblick GmbH 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:

Abrechnung privatärztlicher Leistungen

Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen (inkl. IGEL und BG) erfolgt von einem von uns beauftragten Dienstleister (PVS bayern GmbH (PVS), Arnulfstr. 31, 80636 München), der Ihnen eine gesonderte Rechnung zusenden wird. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Datenverarbeitung zu den vorgenannten Zwecken an den Dienstleister übertragen werden.

Ja

Nein

Ohne Ihre Einwilligung können keine privatärztlichen Leistungen erbracht werden.

Benachrichtigungen „Recall“

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, bei möglichen oder empfohlenen Terminen, z.B.

-Impfungen

-gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen

-Kontrolluntersuchungen

Schriftlich, telefonisch oder SMS benachrichtigt zu werden.

Ja , per SMS

Nein

Elektronischer Datenaustausch

Wir bieten auch die Möglichkeit an, Daten zur Behandlung (Befunde, Arztbriefe etc.) elektronisch per E-Mail oder per App zukommen zu lassen. Bitte sprechen Sie unsere Mitarbeiter*innen an, sofern Sie Interesse an der Nutzung unserer App haben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Daten auch per E-Mail zugesendet werden.

Ja

Nein

Sicherheitshinweis: Das Senden unverschlüsselter E-Mails, die über das Internet versendet werden, ist nicht hinreichend vor der unbefugten Kenntnisnahme durch

Dritte geschützt. Für eine vertrauliche Kommunikation wird von uns eine Verschlüsselung durch S/MIME oder TLS genutzt und empfohlen.

Die vorgenannten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über **den Aushang im Wartezimmer** informiert. Zusätzlich können Sie die ausführlichen Datenschutzhinweise in unserem Merkblatt für Patienten auf unserer **Webseite** unter <https://praxiskonzepte-mit-weitblick.de/datenschutz/> abrufen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter