

Termin: _____ Ankunft: _____

Telefon-/Handynummer:

.....

E-Mail:

Angaben, falls mit den o.g. nicht identisch

.....

Bei Familienversicherung: (Name, Geb., Anschrift)

.....

(nicht vom Patienten auszufüllen)

..... /

CD Papier

Injektion

Orales KM

♂ ♀ ♂♀ G

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie alte Bilder oder Befunde des betr. Körperteils dabei? nein ja

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Haben Sie einen behandelnden Onkologen (Spezialist für Krebserkrankungen)? nein ja

Wenn ja, welcher?: _____

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens. nein ja

Einwilligungserklärung zur Befundübermittlung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass bei mir erhobene Befunde an meine behandelnden Ärzte übermittelt und auch Befunde anderen Leistungsbringern eingeholt werden dürfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die o.a. Einwilligungen jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Über die Verarbeitung meiner Daten gem. Art. 13 DSGVO wurde ich informiert und bin mit der Verarbeitung einverstanden.

Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen

Bevollmächtigt zur Abholung von Dokumenten aus der Praxis sind folgende Personen:

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum)

Hannover, den Unterschrift Patient/in /Betreuer/in

Bei fehlender Überweisung/Versicherungskarte

Ich bin Mitglied bei der _____ Krankenkasse und verpflichte mich, den erforderlichen Überweisungsschein/Versicherungskarte innerhalb von 3 Tagen nachzuliefern. Ich wurde informiert, dass anderenfalls für die Behandlung eine private Verrechnung erfolgt. Die Befundübermittlung erfolgt erst nach Eingang der ausstehenden Unterlagen.

Hannover, den Unterschrift Patient/in / Betreuer/in

