

Patientenaufnahmebogen und Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden entsprechend § 73 Abs. 1 SGB V

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Im Interesse einer optimalen Behandlung bitten wir um möglichst vollständige Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben sind selbstverständlich nur freiwillig zu machen und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ Hausarzt/Kinderarzt: _____

email: _____ @ _____

An welchen Erkrankungen leiden Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt und die Fachärzte und Behandlungserbringer bei denen ich in Behandlung bin, **Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen**, die meinen behandelnden Ärzte Dr. Wienhold, Dr. Müller Agbonlahor und Dr. Bialecki vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an o.g. Ärzte und Behandlungserbringer weiterzuleiten. Diese dürfen diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden..**
- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte Dr. Wienhold, Dr. Müller Agbonlahor und Dr. Bialecki, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und Fachärzten und Behandlungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, **einholen**. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Meine behandelnden Ärzte dürfen diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.**
- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlich bezogenen Daten und Befunde, aus diagnostischen Gründen **an Dritte wie z.B. externes Labor, pathologisches Institut, Anästhesist, weitergegeben werden dürfen.****
- Ich bin damit einverstanden, Befunde per **Videosprechstunde** mit meinen behandelnden Ärzten Dr. Wienhold, Dr. Müller Agbonlahor und Dr. Bialecki zu besprechen.**

Dass ich diese obigen Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift