

## Patienten - Fragebogen (Aufnahme und Schweigepflicht)

Name, Vorname		Geb.-Datum		
PLZ Ort		Strasse Nr.		
Tel.1 (tags)		Tel.2 ?		
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> kosten- erstattung	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Beruf		<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	<input type="checkbox"/> berentet

**Schweigepflicht/Datenschutz:**

- Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**

Überweisender Arzt – ist der Hausarzt     ja     nein

			Mit Bericht einverstanden	
Name	Fachgebiet	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Hausarzt (falls abweichend)

Name	Fachgebiet	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
------	------------	-----	--------------------------------	----------------------------------

- Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

> > Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite > > >

