

# Aufnahme

Sehr geehrte Patientin,  
für die Aufnahme in unsere digitale Patientenakte benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon, privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Falls familienversichert, Personalien und Krankenkasse des Versicherten:

---

---

Soll ein mitbehandelnder Arzt informiert werden (z.B. Hausarzt)?

---

Sie nehmen automatisch an unserem Erinnerungsservice teil,  
wenn Sie dies **nicht** möchten, machen Sie bitte hier ein Kreuz.

Folgende Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit  
**einverstanden:**

In unserer Praxis können bei Bedarf die Patientendaten auch von  
einem ärztlichen Vertreter, Assistenten oder Praxisnachfolger genutzt werden.

Die Abrechnung bei privat versicherten Patientinnen erfolgt, bis auf Widerruf,  
über die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle (PVS) Schleswig-Holstein – Hamburg.  
Die hierfür erforderlichen Abrechnungsdaten werden an die PVS übermittelt.  
Mein Einverständnis gilt auch für die mitbehandelnden Ärzte und die für die  
Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben,  
etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Alle Originalbefunde werden digitalisiert und können bei Bedarf nur  
in Kopie mitgegeben werden.

Das Hinweisblatt Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_