

Aufnahme

Sehr geehrte Patientin,
für die Aufnahme in unsere digitale Patientenkartei 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:

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.

Datum _____

Unterschrift _____