



PRAXIS Dr. Reuter

Facharzt für Innere Medizin
Hausarzt

Patientenaufnahmebogen

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Behandlung in meiner Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich gestalten zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Patient

Name _____ Vorname _____ Zusatz _____ Titel _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Straße _____

Telefon mobil _____ Telefon privat _____ Fax _____

E-Mail _____

Schweigepflichtentbindung gegenüber Ärzten

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Reuter gegenüber den unten angegebenen mit meiner Behandlung betrauten Ärzten von der Schweigepflicht entbunden wird und medizinisch notwendige Auskünfte und Berichte über mich weiterleiten und anfordern darf.

Name der Praxis _____ Adresse _____

Name der Praxis _____ Adresse _____

Name der Praxis _____ Adresse _____

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen

Ich entbinde die Praxis Dr. Reuter gegenüber folgenden Personen von der Schweigepflicht und gestatte diesen Personen auch die Abholung von Rezepten:

Name _____ Adresse _____

Name _____ Adresse _____

Name _____ Adresse _____



PRAXIS Dr. Reuter

Facharzt für Innere Medizin
Hausarzt

Sonstiges

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen (vergessene Termine, Recalls etc.) schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden. ja nein

Mit der Übermittlung personenbezogener Daten (Befunde, Rechnungen) über verschlüsselte Email bin ich einverstanden. ja nein

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis Dr. Reuter ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen. Die Informationen zur Datenverarbeitung und meine Rechte kann ich auf Verlangen einsehen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter