

Anmeldeformular

Patient/in:	Hauptversicherte/r:
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geb.-datum:	Geb.-datum:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße:	Straße:
Telefon/Handy:	Telefon/Handy:
E-Mail:	Hinweis: Kein Versand von Gesundheitsdaten, keine Terminvereinbarung per E-Mail möglich
Krankenkasse:	
Hausarzt/-ärztin mit Ort:	
Beruf:	

Grunderkrankungen/besondere Risikofaktoren:

- Bluthochdruck Herzerkrankung Thrombosegefahr
 Schilddrüsenerkrankung Krebserkrankung
 Diabetes mellitus wenn ja, wo? _____
 sonstige _____

Medikamenteneinnahme/blutverdünnende Medikamente:

Allergien:

Frühere Operationen im HNO-Bereich mit Datum:

Information zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie davon zu unterrichten, dass Ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse, Telefonnummer...) und Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Anamnese, Befund, Diagnosen, Therapien...) elektronisch verarbeitet und für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert werden.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Eine ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz finden Sie als Aushang in unserem Wartezimmer oder auf unserer Praxis-Homepage und kann Ihnen bei Bedarf als Merkblatt ausgehändigt werden.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

VOLLMACHT

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Überweisungen, Rezepte, Bescheinigungen o.ä. persönlich bei uns in der Praxis abzuholen, bitten wir Sie, uns eine schriftliche Vollmacht des Bevollmächtigten (inkl. Kopie oder Vorlage Personalausweis/Führerschein) zur Abholung von ärztlichen Unterlagen zu erteilen.

Hiermit bevollmächtige ich, _____
Name, Vorname, Adresse des Bevollmächtigten

ärztliche Unterlagen von mir abzuholen bzw. Auskunft über den Gesundheitszustand/Diagnosen zu erhalten.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit willige ich ein, dass ich im Rahmen meiner ärztlichen Behandlung über Post, E-Mail oder Telefon zu einer Wiedervorstellung von der Praxis kontaktiert werden darf.

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich entbinde die HNO-Gemeinschaftspraxis Dres. Roth, Stelzer, Köhler u. H. Woldt von der ärztlichen Schweigepflicht, Arztbriefe, Befunde, Diagnosen, Therapien und Auskünfte an meinen Hausarzt oder Facharzt

Name des Hausarztes und/oder Facharztes

zum Zwecke der Dokumentation der weiteren Behandlung zu übermitteln.

Ein Brief wird nicht automatisch, sondern nur bei medizinischer Notwendigkeit und nach Aufforderung versendet.

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

Würzburg, _____ Datum
_____ Name, Vorname
_____ Unterschrift