

PATIENTEN FRAGEBOGEN



Herzlich willkommen in unserer Praxis! Sie begeben sich das erste Mal in unsere Behandlung - oder waren lange nicht mehr hier. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen. Vielen Dank, Gero Siemann & Praxisteam

Datenschutz

Schweigepflichtentbindung für Angehörige oder nahestehende Personen:

Um Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner/-in, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/-in Befunde mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand informieren zu dürfen, benötigen wir auch hier Ihre schriftliche Einwilligung:

1.	_____	_____	_____
	Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon/Handy (wenn bekannt)
2.	_____	_____	_____
	Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon/Handy (wenn bekannt)
3.	_____	_____	_____
	Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon/Handy (wenn bekannt)
	_____	_____	_____
		Datum	Unterschrift

Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung sicher zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus meiner Karteikarte/Computer zum Beispiel im Vertretungsfall mitbehandelnden Ärztinnen/Ärzten zugänglich gemacht werden dürfen. Des Weiteren bin ich einverstanden, dass der Befundbericht per E-Mail/Fax an die/den überweisende/-n Ärztin/Arzt weitergeleitet wird.

Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Nur bei Behandlungswunsch trotz fehlender Krankenversicherungskarte:

Ich wünsche die sofortige Behandlung.

Sofern meine fehlende Krankenversicherungskarte nicht nachträglich von mir vorgelegt wird, wird mir die Behandlung nach GOÄ privat in Rechnung gestellt, die sonst bei vorliegender Versicherungskarte eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenkasse wäre.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift