



PATIENTENANMELDUNG (PATIENT REGISTRATION)

Name (Last Name): _____

Vorname (First Name): _____

Geburtsdatum (Date of Birth): _____

Straße/HausNr.(Street/Nr.): _____

PLZ (Zip Code): _____ Wohnort (City): _____

Telefon Mobil/privat (Phone Nr.): _____

Email (Email): _____

Krankenkasse (Health Insurance): _____

Falls Sie minderjährig sind, Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters
(If you are a minor, please state the name and address of your legal guardian.):

Zuweisender Arzt/Ärzte (Referring Physician/s): _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Abs. 1b SGB
(Declaration of consent to the collection/transmission of patient data in accordance with §73 Para. 1b SGB):

- Ich bin damit einverstanden, dass mein überweisender Arzt bzw. weitere Ärzte (siehe unten) einen Bericht über die Operation erhält. (I consent that my referring doctor or other doctors (see below) receive a report of the surgery.):
 ja (yes) nein (no)
- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Gynäkologischen Praxisklinik die für meine Behandlung relevanten Daten meiner Krankenakte einsehen dürfen. (I consent that the employees of the gynecological practice clinic may view the data in my medical file):
 ja (yes) nein (no)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der mich behandelnde Arzt bei meinem überweisenden Arzt/Hausarzt oder anderen Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten erhebt und zum Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
(I agree that the doctor treating me collects all the data required for my treatment.)

Aufgrund der bevorstehenden Operation unter Allgemeinanästhesie sind Sie nach der Operation nicht geschäftsfähig. Bestätigen Sie bitte, dass untenstehende Person volljährig ist, und Sie nach der Operation in der Praxis abholen und auch zu Hause betreuen wird. (Due to the administration of general anesthesia in the forthcoming operation, your decision-making capacity will be hindered. Please confirm that the person stated below is of legal age and will pick you up at the clinic after the surgery and take care of you at home.):

Name (Name): _____ Mobil (Mobile): _____

Ich versichere, dass ich unter der o.g. Telefonnummer nach der Operation erreichbar bin.
(I hereby confirm that I can be contacted by phone after the surgery.)

Datum (Date): _____ Unterschrift (Signature): _____