



PATIENTENANMELDUNG

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon Mobil/privat: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

Ich versichere, dass ich unter der o.g. Telefonnummer nach der Operation erreichbar bin. ja

Falls Sie minderjährig sind, Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters:

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.

Abholer: _____ Mobil: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Abs. 1b SGB

Ich bin damit einverstanden, dass mein überweisender Arzt bzw. weitere Ärzte (siehe unten) einen Bericht über die Operation erhält:

ja nein

Zuweisender Arzt/Ärzte: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Gynäkologischen Praxisklinik die für meine Behandlung relevanten Daten meiner Krankenakte einsehen dürfen:

ja nein

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.

Datum: _____ Unterschrift: _____