

Aufnahmeblatt Kassenpatient

Krankenkasse

Name des Patienten

Vorname

Geburtstag

PLZ

Ort

Straße

Festnetz

Handy (u.U. auch für SMS- Terminerinnerungen)

E-Mail- Adresse

(zu den Vorsorgeuntersuchungen erhalten Sie u.U. Vorab Informativmaterial und Fragebögen zum Ausfüllen. Bitte leserlich schreiben)

Mitversichert bei:

Name

Adresse (obige Adresse als Rechnungsadresse verwenden)

Name des Vaters

Geburtstag

Körpergröße (cm)

Name der Mutter

Geburtstag

Körpergröße (cm)

Allergien/ Unverträglichkeiten	derzeitige Medikamente	weitere Angaben

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. eine Weitergabe von Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Diagnose, Befunde usw.) an mitbehandelnde Ärzte sowie Ärzte, Therapeuten, Gemeinschaftseinrichtungen oder Institutionen, die für die Durchführung notwendiger Untersuchungen (Röntgen, Labor, Gewebeproben usw.), Einschätzungen oder Behandlungen herangezogen werden, stattfinden darf.

Weiterhin willige ich ein, dass die o.g. Behandlungsdaten auch einem weiteren Arzt zugänglich gemacht werden, der die o.g. Ärzte – etwa urlaubsbedingt, in Fällen von Fortbildung oder der Erkrankung – vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als Partner, Weiterbildungsassistent oder Nachfolger in die Praxis eintritt. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich entbinde die Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden per Brief, Telefon, Mail, SMS usw. an bestehende Termine (u.a. Bestätigung, Erinnerung, Verzögerung, Verschiebung, Absage, Followup) erinnert zu werden und Informationen zu Impfungen und Vorsorgen zu erhalten. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt wird, wenn der Patient einen Termin ohne vorherige Absage (24 Stunden) nicht wahrnimmt.

Ort/ Datum

Unterschrift