

Aufnahmeblatt Kassenpatient

Krankenkasse

Name des Patienten

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße

Festnetz

Handy

E-Mail-Adresse

Mitversichert bei:

Name

Adresse

Name des Vaters

Geburtsdatum

Körpergröße(cm)

Name der Mutter

Geburtsdatum

Körpergröße(cm)

Woher kennen Sie unsere Praxis?

Internet/ Webseite

persönliche Empfehlung

Hebamme

Tageszeitung/ Presse

Frauenarzt

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. eine Weitergabe von Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Befunde, usw.) an mitbehandelnde 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 der Fortbildung oder der Erkrankung- vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als Partner, Weiterbildungsassistenten oder Nachfolger in der Praxis eintritt. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ich entbinde die Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift