

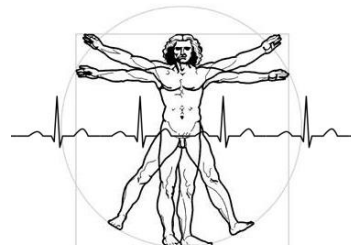


Internistische Gesundheitspraxis

DR. MED. DIRK GEISENDORF

- Facharzt für Innere Medizin -
- Facharzt für Allgemeinmedizin -
- Notfallmedizin -

Tel: 06164 – 32 56 Fax: – 55 272
 mail@internistische-gesundheitspraxis.de
 www.internistische-gesundheitspraxis.de



Patienten - Fragebogen (Aufnahme und Schweigepflicht)

Name, Vorname		Geb.-Datum		
PLZ Ort		Strasse Nr.		
Tel. 1 (Festnetz)		Tel. 2 (Mobil)		
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> kosten- erstattung	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Beruf		<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	<input type="checkbox"/> berentet

Schweigepflicht / Datenschutz / Behandlungsvertrag und Abrechnung Privatpatienten:

- Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Überweisender Arzt – ist der Hausarzt ja nein

			Mit Bericht einverstanden	
			Ja	Nein
Name	Fachgebiet	Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hausarzt (falls abweichend)

			Ja	Nein
Name	Fachgebiet	Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Privatpatienten erteilen mit ihrer Unterschrift einen Behandlungsauftrag und ihr Einverständnis: Grundlage der Abrechnung des Behandlungsvertrages ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Rechnungsstellung erfolgt über einen Versanddienstleister mit DSGVO-Zertifizierung.**

Ort, Datum

Unterschrift

>> Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite >>>

