





# Patientenaufnahmebogen

## 1. Datenschutz und Sicherheit:

Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung sicher zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus meiner Karteikarte/Computer im Vertretungsfall/Praxisübergabe den betreffenden Ärzten hier in der Praxis zugänglich gemacht werden dürfen.

Ja

Nein

## 2. Befundübermittlung:

Seit dem 01.04.2005 sind wir verpflichtet bestimmte Befunde automatisch an den Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt zu übermitteln. Sind Sie damit einverstanden?

Ja

Nein

## 3. Zum Schluss: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Dr. \_\_\_\_\_

Telefonbuch

Internet

Bekannte

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich auch die Richtigkeit der umseitig gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Nur bei Behandlungswunsch trotz fehlender Krankenversicherungskarte:**

**Ich wünsche die sofortige Behandlung.**

**Sofern ich meine fehlende Krankenversicherungskarte nicht innerhalb von 7 Tagen zur Abrechnung vorlege, wird mir die Behandlung nach GOÄ privat in Rechnung gestellt, die sonst bei vorliegender Versicherungskarte eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenkasse wäre.**

**Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift