

## Patienten-Aufnahmebogen

Herzlich Willkommen bei den GrunauDocs.

Helfen Sie uns bitte, indem Sie uns ein paar Informationen über sich geben. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, an die auch sämtliche Mitarbeiter gebunden sind.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mitglied     Rentner     Familienmitglied     Zahlungsbefreit

### ANGEHÖRIGE, DIE IM NOTFALL VERSTÄNDIGT WERDEN SOLLEN:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Um einem Angehörigen oder nahen Bekannten Befunde mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschaftsgrad Beziehungsgrad	ggf. Telefon

Ich willige ein, dass Rezepte, Überweisungen, Befunde und sonstige Unterlagen an oben genannte Vertrauenspersonen übermittelt oder ausgehändigt werden dürfen.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Patienten-Aufnahmebogen

Wir wollen als Allgemeinarztpraxis in engem Austausch mit Ihnen stehen und manchmal müssen wir Sie kontaktieren. Dafür möchten wir Sie um Erlaubnis bitten:

- Ich willige hiermit ein, dass mich die Praxis von sich aus kontaktieren darf, um u.a. Befunde mitzuteilen, Termine zu vereinbaren, zu ändern oder daran zu erinnern (Recall).

Als Allgemeinärzte wollen wir Dreh- und Angelpunkt Ihrer Gesundheitsversorgung sein. Wir müssen dafür Informationen mit anderen Leistungserbringern im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben austauschen.

- Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Einholung bzw. Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden von bzw. an andere Leistungserbringer (Fachärzte, ehemaliger Hausarzt, Ämter, Krankenkassen) im Gesundheitswesen und versichere alle Angaben wahrheitsgemäß abzugeben.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ich nehme zur Kenntnis, dass die digitale Übermittlung von Gesundheitsdaten mit Sicherheitsrisiken verbunden ist und ein Versand von Befunden per Email deshalb grundsätzlich nicht möglich ist.

Wir bieten in dringenden Fällen natürlich Hausbesuche an. Bitte haben Sie aber Verständnis, dass wir das nur in unserem Praxis-Einzugsgebiet gewährleisten können. Unser Praxisteam informiert Sie gerne darüber, inwieweit Sie betroffen sind.

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Hausbesuche nur im Einzugsgebiet der Praxis angeboten werden können und bin damit einverstanden.

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung  | <input type="checkbox"/> Nähe Wohnort           |
| <input type="checkbox"/> Internet ( <input type="checkbox"/> Google Suche <input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> Facebook) | <input type="checkbox"/> Telefon-/ Branchenbuch |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____  |   |

Wir legen Wert auf Ihre Meinung. Was ist Ihnen an Ihrer Arztpraxis besonders wichtig?

---



---



---

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Einverständniserklärungen können von mir jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen gegenüber der Praxis widerrufen werden.

