

Selbstauskunft

Liebe Patienten, die nachfolgende Erhebung ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte aus. Danke für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname des Patienten

Geb.-Datum des Patienten

Straße, Hausnummer, PLZ und Wohnort des Patienten

Name der Krankenkasse / Hauptversicherte(r), ggf. mit Adresse falls abweichend

Telefonnummer des Patienten privat, mobil/ E-Mail-Adresse

Hat der Patient Vorerkrankungen?

Leidet der Patient unter Allergien?

Gibt es besondere Erkrankungen in der Familie? (z.B. Gerinnungsstörungen)

Name des Kinderarztes oder Hausarztes

Kinderchirurgische Praxis

Dr. med. Julia Kössler-Ebs
Fachärztin für Kinderchirurgie,
D-Ärztin
Fahrtgasse 7-13, 69117
Heidelberg
Tel. 06221-169292

Sinus Anästhesie

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Tanja Wagner & Dr. med. Rolf Glätzer
Fachärzte für Anästhesiologie
Fahrtgasse 7-13, 69117 Heidelberg
Hauptstraße 128, 69168 Wiesloch
praxis@sinus-anaesthesie.de

Einverständniserklärung

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten
gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

Ich, _____,
Name des Patienten (Name, Vorname, Geb. Datum, Wohnort)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- der behandelnde Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der zu führenden Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt/Kinderarzt und soweit erforderlich an andere behandelnde Ärzte und Kliniken übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/Kinderarzt oder anderen Ärzten/Kliniken, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Untersuchung nutzt.
- meine Daten intern allen Mitarbeitenden der Praxis offengelegt werden, sofern dies im Rahmen der Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeitenden zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise in der Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Pat./ gesetzlichen Vertreters)