

Patientenaufnahmebogen

Vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	ggf. Beruf:
Straße, Hausnr:	Ort:
Telefon (privat):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Krankenkasse:

Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte):

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte:

Hausarzt: Ort:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt Befunde übermittelt werden.

Ja ☐ Nein ☐

Befundübermittlung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten Befunde übermittelt werden.

Ja ☐ Nein ☐

Übermittlung von Patientendaten an Labore und Radiologen:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an in die Behandlung eingebundene Labore und Radiologen zur Diagnostik übermittelt werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ohne Ihre Einwilligung ist evtl. keine aussagekräftige Diagnostik möglich.

➔ Bitte Rückseite ausfüllen!

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die Urologische Praxis Eid Faragallah MVZ GmbH wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und Zugriff auf die elektronische Patientenakte nach Digitalisierungsgesetz (DigiG)

Ich bin darüber informiert, dass meine behandelnden Ärzte auf meine ePA zugreifen können, wenn ich keine technischen Zugriffsbeschränkungen eingerichtet habe.

- ☐ Ja, ich wünsche, dass die Praxis auf meine ePA zugreift.
- ☐ Nein, ich wünsche keinen Zugriff durch diese Praxis – auch wenn technisch ein Zugriff möglich wäre.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis meine **elektronische Gesundheitskarte (eGK)** nutzt, um:

- Falls hinterlegt, auf meinen elektronischen Medikationsplan (eMP) zuzugreifen.
- Falls hinterlegt, meinen Notfalldatensatz (NFDm) abzurufen, sofern dies medizinisch erforderlich ist.

Ja ☐

Nein ☐

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja ☐

Nein ☐

Die jeweiligen oben gemachten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, bitten wir Sie, uns (Urologische Praxis Eid Faragallah MVZ GmbH, Karl-Marx-Straße 80, 12043 Berlin, Tel: 030 - 6866504, Faxnummer 030-62730433) dies schriftlich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter