

Patientendaten

Liebe Patientin, lieber Patient, wir möchten Sie bitten, die Angaben in diesem Formular zu ergänzen und zum Vorgespräch in der Praxisklinik (Anästhesieaufklärung) mitzubringen!

Bitte bringen Sie unbedingt den ausgefüllten Bogen mit Gesundheitsfragen mit!

Name Patient	Vorname Patient	Geburtsdatum	PLZ / Wohnort	Straße / Nr.
Falls abweichend: Rechnungsempfänger / Name	Vorname	Geburtsdatum	PLZ / Wohnort	Straße / Nr.
Telefon / Festnetz	Mobiltelefon	E-Mail-Adresse	Krankenversicherung	Hausarzt o. Kinderarzt
Abholung / Betreuung nach OP	Mobiltelefon d. Abholung	Bitte mitbringen, falls vorhanden:	Herzpass	Vorbefunde vom Hausarzt
Name:		Allergiepass	Medikamentenliste !	Kinderunter- suchungsheft
		Ausweis Gerinnungshemmer	Impfausweis/ wegen Covidimpfung	

Schweigepflichtentbindung und Einwilligung Datenschutzerklärung

Ich stimme der Einsichtnahme in meine Behandlungsunterlagen (gem. § 73 SGB V) durch die in der Praxisklinik arbeitenden Ärzte zu. Einer eventuell notwendigen ärztlichen Vertretung untereinander stimme ich zu. Für die Anforderung von Arztbriefen, ärztlichen Befunden oder Berichten und anderen personenbezogenen Daten und für die Durchführung von Labor- und Röntgenuntersuchungen entbinde ich die behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser von der Schweigepflicht. Der ausgehändigten bzw. ausgehängten Datenschutzerklärung der Praxisklinik stimme ich zu. Die Zustimmung ist widerrufbar, soweit dem keine höherwertigen gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Einwilligung zur Nutzung von Patientendaten für Praxisorganisation

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter der Praxisklinik meine Kontaktdaten nutzen zur Abfrage oder Übermittlung medizinischer Daten und zur Ablauforganisation (**Terminübermittlung**) für Termine und Operationen.

Telefon Brief SMS(mobilfunk) E-mail (Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Sie ist freiwillig, das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Praxisklinik

Nikolausberger Weg 43
37073 Göttingen
Parkmöglichkeit: Humboldtallee 8, Parkplatz
Krankenhaus Neu-Bethlehem

Website: www.pk43.de

Telefon: 0551 384 20 370
Fax: 0551 384 20 379
mail: empfang@pk43.de