

Patienten Anmeldeformular

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Bogen aus und bringen Sie ihn zu ihrem Termin mit / geben ihn an der Anmeldung ab.

Vielen Dank!

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Straße: _____ PLZ: _____

Stadt / Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Möchten Sie, falls ein Folgetermin notwendig ist, durch das Praxisteam an den Termin erinnert werden?

Ja per Mail? ** per Telefon?
Nein

Unterschrift: _____

** nur unverschlüsselte Mail möglich, Sicherheit kann nicht gewährleistet werden

Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach §73, Abs. 1b SGB V:

Ich willige ein, dass mein behandelnder Kinder- / Facharzt: KINDER:HERZEN Mainz

- meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt.
- bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen.

Mein Hausarzt ist (Name und Anschrift):

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____