

Liebe Patientin, lieber Patient!
Dieser Fragebogen hilft uns lediglich bei unserer Verwaltungsarbeit.
Selbstverständlich unterliegen diese Auskünfte der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.
Ihr Einverständnis zur Datenerfassung, -verarbeitung und ggf. -weitergabe kann jederzeit widerrufen werden.

Herr/ Frau

Name	Vorname	Geb. Datum
Größe:	Gewicht:	Tel. Nr.
Strasse	PLZ/ Wohnort	Mobiltelefon:
Gesetzl. Krankenkasse:	Zusatzversicherung:	
Private Krankenkasse:		
Tarif der Privatkasse:	<input type="checkbox"/> Normaltarif	oder anderer: _____

freiwillige Auskunft:

Titel	Beruf	Arbeitgeber
--------------	--------------	--------------------

Derzeitige Medikamente :

Allergien / Besondere Hinweise :

Bericht an ARZT erwünscht: ja / nein

Hausarzt: **Überweisungsarzt:**..... **Patient**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Durchführung der notwendigen Diagnostik an externe Leistungserbringer weitergegeben werden. Dies betrifft vor allem Leistungen aus Labor (Dr. Staber und Kollegen) und Pathologie (Institut Ansbach).

Zusätzlich erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Befunde an mitbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden und dass für meine Behandlung notwendige Befunde von der hiesigen Praxis von anderen Ärzten angefordert werden, sofern dieses ausschließlich in meinem Interesse ist.

Sollten spätere Kontrolluntersuchungen aus dem Bereich Gastroenterologie erforderlich sein, bin ich damit einverstanden, schriftlich daran erinnert zu werden. Meine diesbezüglichen Daten werden hierzu im „Recall-System der Praxis gespeichert. Diese Zusage kann jederzeit (auch telefonisch) widerrufen werden.

Regensburg,

.....

Unterschrift