

Internistische Facharztpraxis  
 Prof. Dr. med. Stefan Weber / Dr. med. Claudia Sick / Dr. med. Stefanie Schwarz  
 Dr. med. Peter Klein / Dr. med. Michael Röhling  
 Weichser Weg 5, 93059 Regensburg

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Selbstverständlich unterliegen diese Auskünfte der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.  
 Ihr Einverständnis zur Datenerfassung, -verarbeitung und ggf. -weitergabe kann jederzeit widerrufen werden.

---

**Name:** ..... **Vorname:** ..... **Geb. Datum:** .....

**Größe:** ..... **Gewicht:** .....

**Straße:** ..... **PLZ/ Wohnort:** .....

**Tel. Nr.:** ..... **Mobiltelefon:** .....

**Name der gesetzlichen Krankenkasse:** .....

**Name der privaten Krankenkasse:** .....

*Die Abrechnung erfolgt nach GÖA mit folgenden Faktoren: Medizinische Leistungen 2,3 bis 3,5, technische Leistungen 1,8 bis 2,5 und Labor 1,15 bis 1,3.*

**Falls ein anderer Tarif besteht, bitte wie folgt angeben:**

Post B     KVB I-III     KVB IV     Basistarif     Anderer: .....

**freiwillige Auskunft:**

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

---

**Bitte notieren Sie hier Ihre derzeitige Medikation oder legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan vor:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

---

**Allergien / Besondere Hinweise :**

**Bericht an ARZT erwünscht:**     ja     nein     Patient

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

---

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.

Unserer Praxis ist eine Terminpraxis. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte den Termin 24 Stunden vorher ab. **Ohne Terminabsage stellen wir ein Ausfallhonorar vor 50 € in Rechnung.**

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:** .....