

| | |
|--|--|
| FB 011 Patientenaufnahmebogen | PQ HNO praxisorientiertes Qualitätsmanagement für HNO Praxen |
|--|--|

Patient:
(Herr/Frau/Kind) Name _____ Vorname _____ geb. _____

Ggf. Mitglied:
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift:
Straße _____ Nr. _____ Telefon(privat) / _____ E-Mail _____
PLZ _____ Ort _____ Telefon(dienstl./gesch./Mobil) _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____
(mit Adresse) _____

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein: nein ja wenn ja - welche: _____

Corona Impfstatus: genesen (pos. PCR Test) am: _____
Geimpft: 1. Impfstoff: _____ am: _____ | 2. Impfstoff: _____ am: _____

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen (z.B. Herz, Bluthochdruck), oder
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV): nein ja wenn ja - welche: _____

HNO-Operationen: nein ja wenn ja - welche: _____

Sind Allergien bekannt - nein ja wenn ja - welche: _____

Schwangerschaft: nein ja wenn ja - welche Woche : _____

Stillen Sie z.Zt. Ihr Kind ? nein ja _____

Ich bin einverstanden:

- um die reibungslose Weiter-/Neubehandlung sicher zu gewährleisten, dass ärztlich erforderliche Informationen im Vertretungsfall / Praxisübergabe den betreffenden Ärzten hier in der Praxis zugänglich gemacht und Arztbriefe an den überweisenden Arzt gesandt werden dürfen. Nein
- per Mail an Kontrolltermine (z.B. Allergiebehandlung) erinnert zu werden. Nein
- meine Befunde und die notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen (z.B. Labor/Krankenhaus), zur Optimierung der Behandlung, per FAX/Mail versendet werden. Nein

Information:

- Die Patienteninformationen zum Datenschutz (FB 148) habe ich gelesen/zur Kenntnis genommen.
- Meine Zustimmungen zu o.g. Punkten 1.-3. ist jederzeit widerrufbar.
- Die Abrechnung erfolgt durch eine externe Fa., diese unterliegt dem Datenschutz.
- Ich kann Auskunft/Einsicht zu meinen personenbezogenen Daten verlangen und ggf. die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Angaben sowie die Kenntnisnahme.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____