



Patientenaufnahmebogen

Dieser Informationsbogen dient der Aufnahme Ihrer persönlichen Daten, um die **Kommunikation mit uns** und Ihrem Hausarzt zu verbessern.

Ihre Angaben über Erreichbarkeit, Hausarzt, Vorerkrankungen, Medikation, bisherige HNO-Fachärztliche Behandlungen usw. sind für uns sehr wichtig. Vielen Dank für Ihre Mühe! (auch dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht)

Meine **Adresse**: _____

Telefonnummer: _____

Bei Kindern: Hauptversicherter: _____

Mein **Hausarzt/ -ärztin** ist: _____ in _____

Meine **Medikamente**: _____ **Allergien**: _____

Vorerkrankungen:

Hals-Nasen-Ohren: _____

Kinderkrankheiten (bei Kindern): _____

Impfungen: _____

Herz/ Kreislauf: _____ Lungenerkrankungen: _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (orthopädische oder rheumatische Erkrankungen): _____

Verdauungsorgane: _____ Hauterkrankungen: _____

Neurologische Erkrankungen: _____ Bösartige Erkrankungen: _____

Augenerkrankungen (grüner Star): _____ Sonstiges: _____

Operationen: _____

- ➔ Ich bin damit einverstanden, dass ich ggf. an vereinbarte Kontrolltermine oder Therapien telefonisch oder schriftlich von der Praxis Dr. Suhrborg erinnert werden darf: ja nein
- ➔ Nach dem neuen Gesundheitsstrukturgesetz ist mein behandelnder Facharzt bei bestimmten Leistungen verpflichtet, an den Hausarzt und den überweisenden Facharzt einen Arztbericht zu erstatten.
- ➔ Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine der Praxis Dr. Suhrborg zur Verfügung gestellten und erhobenen Daten und Angaben dazu verwendet werden können, ärztliche Berichte an überweisende Fachärzte und meinen Hausarzt zu schreiben. ja nein
- ➔ Falls vereinbarte Termine nicht eingehalten und 24 Stunden vorher nicht abgesagt wurden, behält sich Dr. Suhrborg die Berechnung des Ausfalles vor.
- ➔ Falls ärztliche Leistungen erbracht werden, die nicht im Leistungs-Katalog (EBM) der kassenärztlichen Versorgung enthalten sind (IGeL) werden die ärztlichen Leistungen nach Absprache mit Dr. Suhrborg nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat berechnet. Es entsteht hiermit ein Behandlungsvertrag. Die jeweiligen Gebühren sind an der Anmeldung einzusehen.
- ➔ Bei Privatversicherten entsteht hiermit ein Behandlungsvertrag, der nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird. Ich bin mit der Weitergabe meiner Rechnungsdaten an ein Inkassobüro oder eine ärztliche Verrechnungsstelle einverstanden. Ebenso trete ich, falls ich die Rechnung selbst nicht begleichen kann, meine Forderungsrechte gegenüber meiner Krankenkasse an Dr. Axel Suhrborg ab.
- ➔ Hiermit wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass jeder Patient grundsätzlich die uneingeschränkte freie Wahl in Bezug auf weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Apotheken, Hilfsmittelerbringer (z. B. Hörgeräte-Akustiker, Sanitätshäuser), Heilmittelerbringer (Logopäden, Physiotherapeuten) und sonstige Waren und Dienstleistungen im Zusammenhang mit seiner ärztlichen Behandlung hat.
- ➔ Diese Zustimmungen können jederzeit schriftlich gegenüber dem Praxisinhaber widerrufen werden.
- ➔ Die vorstehenden Hinweise habe ich verstanden und gelesen.
- ➔ Kopfbedeckungen sind im Wartebereich vor der Untersuchung zu entfernen.

Stuttgart, den _____

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der HNO-Praxis Dr. Axel Suhrborg meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- ➔ über den Umfang und die Art meiner Daten
- ➔ über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- ➔ über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.
- ➔ Ich erkläre mich einverstanden, dass
- ➔ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- ➔ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- ➔ Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.
- ➔ Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters