

# PATIENTENDATEN



Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

## Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## Versicherter/Mitglied (nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Versicherter sind)

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

## Kontaktdaten

Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Telefon	Fax	Mobil
E-Mail		

## Beruf / Arbeitgeber

Arbeitgeber	Telefon
Anschrift	Beruf

## Versicherungsstatus

<b>Krankenkasse</b>	Ihre Krankenkasse	Ihre Mitgliedsnummer
---------------------	-------------------	----------------------

<b>gesetzlich versichert</b>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung	Welche Zusatzversicherung?
------------------------------	---	----------------------------

<b>privat versichert</b>	<input type="checkbox"/> vollversichert <input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> Beihilfe	Welche Beihilfe?
--------------------------	--	------------------

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von	Überweisung von
<input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

## Mein Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

## Laufende Behandlungen

## ggf. Facharzt


## Einwilligungserklärung:

„Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung meiner Daten ausdrücklich ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).“

Datum	Unterschrift
-------	--------------