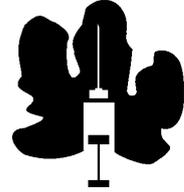


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name und Vorname des Versicherten	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis für Urologie im Harz (BAG)
DR. MED. OLRİK RAU
DR. MED. STEFAN KIBENKÖTTER
DIPL.-MED. ALEXANDRU TIPLIC



Hauptpraxis
 Ilseburger Str. 15
 38855 Wernigerode
 Tel.: 03943 633079
 Fax: 03943 625728

Zweigpraxis
 Difturter Weg 24
 06484 Quedlinburg
 Tel.: 03946 9077877
 Fax: 03946 9077879

www.urologie-harz.de, info@urologie-wernigerode.de

Einwilligung zur Verarbeitung/Übermittlung von Patientendaten

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mein o.g. Vertragsarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

Hausarzt

_____ / _____
 Name Praxisort

2. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch den oben genannten Vertragsarzt/Psychotherapeut übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:

Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> personenbezogene Daten | a) Name, Vorname, Geburtsdatum |
| <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten | |
| <input type="checkbox"/> Rezepte- und Verordnungen | |
| | ggf. Angabe Beziehungen/Verwandschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar |
| <input type="checkbox"/> personenbezogene Daten | b) Name, Vorname, Geburtsdatum |
| <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten | |
| <input type="checkbox"/> Rezepte- und Verordnungen | |
| | ggf. Angabe Beziehungen/Verwandschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar |
| <input type="checkbox"/> personenbezogene Daten | c) Name, Vorname, Geburtsdatum |
| <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten | |
| <input type="checkbox"/> Rezepte- und Verordnungen | |
| | ggf. Angabe Beziehungen/Verwandschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar |

Transportunternehmen/Fahrdienst

- personenbezogene Daten

Mir ist bewusst, dass von o. a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer 1), deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erscheinen (z. B. Pflegeheim, Sanitätshaus, Häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich werden.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

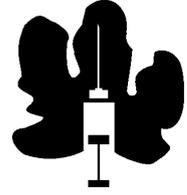
 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name und Vorname des Versicherten	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis für Urologie im Harz (BAG)

DR. MED. OLRİK RAU
DR. MED. STEFAN KIBENKÖTTER
DIPL.-MED. ALEXANDRU TIPLIC



Hauptpraxis
 Ilseburger Str. 15
 38855 Wernigerode
 Tel.:03943 633079
 Fax:03943 625728

Zweigpraxis
 Difturter Weg 24
 06484 Quedlinburg
 Tel.:03946 9077877
 Fax:03946 9077879

www.urologie-harz.de, info@urologie-wernigerode.de

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu Ihrer Vorgeschichte zu beantworten. Hierdurch können wir Zeit einsparen für die wesentlichen Dinge, und die nicht immer vermeidbare Wartezeit sinnvoll nutzen.

Telefonnummer: **Größe:** **Gewicht:**

Haben Sie eine Glaukom, sog. „Grüner Star“? ja nein

(Ex-)Raucher: ja nein

Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, warum und wann? (ungefähre Angabe)

.....

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? (z.B. Medikamente, Kontrastmittel)

.....

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus bzw. haben Sie ausgeübt (berufliche Schadstoffbelastung)?

.....

Waren Sie früher schon einmal bei einem Urologen? Wenn ja, weswegen?

.....

Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja, wie viele? Normale Entbindung oder Kaiserschnitt?

.....

Wurden in ihrer blutsverwandten Familie Krebserkrankungen festgestellt? Wenn ja, welche?

.....

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters