

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bitten Sie, uns noch einige Angaben zu Ihrer Person zu geben.

PATIENTENBOGEN

Patientin / Patient

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Telefon nächster Angehöriger	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>

Versicherung

Selbstversichert

Familienversichert*

*wenn Familienversichert, bitte Daten des/der Hauptversicherten angeben

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

Zusatzversicherung

Keine Stationär zusatzversichert Ambulant zusatzversichert

Name der privaten Zusatzversicherung	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------

Privatversichert

Regelversicherungssatz (Steigerungsfaktor bis 3,5/2,5)	KVB I-III	KVB IV
Post B Beihilfe Basistarif		
Standardtarif (1,7/1,3)	Standardtarif (1,8/1,38)	Studententarif

Ich bestätige, dass ich in der oben genannten Krankenkasse/-Versicherung Mitglied bin.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die AUGENKLINIK REGENSBURG die erforderlichen Patient/innenunterlagen wie u. a. Befunde, Labordaten und sonstige Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Weiterbehandlung:

1. an nachfolgend näher bezeichnete Ärzte

Hausarzt
(Name, Adresse)

Überweisender Arzt
(Name, Adresse)

Weitere Ärzte
(Name, Adresse)

2. an nachfolgend näher bezeichnete Person

Nächster Angehöriger
(Name, Adresse)

3. an die weiterbehandelten Ärzte des Krankenhauses Barmherzige Brüder Regensburg

4. an die behandelnde Ärzte des AOZ Candis, Anästhesie

aushändigen oder weitergeben darf.

Ich bin über den Umfang und den Inhalt dieser Einverständniserklärung bezüglich der Weitergabe meiner Patient/innendaten ausreichend aufgeklärt worden. Zudem wurde ich darüber belehrt, dass diese Erklärung freiwillig erfolgt und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bekannte / Verwandte

Fitnessstudio

Facebook

Radiowerbung

Google

Instagram

Buswerbung

Arztempfehlung*

*Name des Arztes

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten:

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 10 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) zugestellt werden. Falls Sie zu dem Termin verhindert sind, sagen Sie bitte mindestens 48h vorher ab, um uns die Möglichkeit zu geben, den Termin neu zu vergeben.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)