

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)

E-Mail-Adresse

Beruf

Versicherungs-Status:

Gesetzlich

Privat

Private Zusatzversicherung ambulant / stationär

Vorerkrankungen:

Allergien:

Medikamente (Menge / Dosierung pro Tag):

Operationen:

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem Hausarzt, ggfs. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihrem überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten und / oder dem Anfordern von Befunden einverstanden sind. Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Hausarzt	o. g. Einverständnis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	_____
Name	Adresse		
Überweisender Arzt	o. g. Einverständnis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weitere Ärzte (z. B. vorheriger HNO)	o. g. Einverständnis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

2. Um eine reibungslose ärztliche / therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs- / Behandlungsunterlagen von allen bei HNOeins tätigen Ärzten / Therapeuten / Mitarbeitenden eingesehen und genutzt werden.

Informationen zur Wahlfreiheit des Leistungserbringers

1. Im Falle einer Hörgeräteverordnung haben Sie folgende Wahl: Die Auswahl und Anpassung von Hörgeräten können Sie bei jedem örtlichen Hörgeräteakustiker Ihrer Wahl durchführen lassen. Entsprechende Adressen können Sie den allgemein zugänglichen Informationsquellen (z. B. Internet, Branchenbuch etc.) entnehmen. Alternativ besteht die Möglichkeit, eine Hörgeräteversorgung im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges durch unsere Praxis durchführen zu lassen.
2. Die vorstehenden Informationen habe ich zur Kenntnis genommen.
3. Hiermit entbinde ich HNOeins gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern ausdrücklich von deren Schweigepflicht (auch für Abholung von Rezepten):

Vor- und Nachname	Adresse
_____	_____
Vor- und Nachname	Adresse
_____	_____
Vor- und Nachname	Adresse
_____	_____
Vor- und Nachname	Adresse
_____	_____

4. Ich bestätige hiermit, dass ich die Hinweise zum Datenschutz als Aushang im Wartezimmer zur Kenntnis genommen habe.

_____	_____
Datum	Unterschrift Patient od. Erziehungsberechtigter