

# Erfassung von Patientendaten

## Liebe Patientinnen und Patienten,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen. Um Sie in unseren Systemen erfassen zu können und Ihnen eine optimale Behandlung zukommen lassen zu können, benötigen wir ein paar Grundlegende Informationen über Sie. Daher bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Ansprechperson für den Notfall / Telefon: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass Sie mich auf folgenden Wegen an **fällige Untersuchungen oder Termine**, zum Beispiel Impfungen und Vorsorge, erinnern dürfen.

**Postalisch** an meine angegebene Adresse.

**Per Mail** über meine angegebene E-Mail Adresse.

**Per SMS** über meine angegebene Mobilfunknummer.

**Per Anruf** über meine angegebene Telefon-/Mobilfunknummer.

Wenn Sie kein Kreuz setzen, oder diesen Passus entwerfen gilt die Einwilligung als nicht erteilt. Sie haben zudem das Recht, diese Einwilligung jederzeit und ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch zu meiner Behandlung in der Hausarztpraxis Böklund vorgesehen und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum

Unterschrift

## Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Bitte denken Sie bei akuten Erkrankungen daran, vor einem Besuch in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, einen Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls erlauben wir uns Ihnen den Terminausfall privat in Rechnung zu stellen.