Patientenerhebungsbogen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	□ männlich □ weiblich
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon privat:	Natel:
Beruf:	Arbeitgeber:
E-Mail:	Telefon Geschäft:

Zuweisender Arzt/Ärztin:

Kostenträger:

Krankenkasse:

Alternativversicherung:

Unfallversicherung:

Unfallnummer: Unfalldatum:

► Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Unter-suchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende (z.B. Mediserv, Curabill) als auch an die mit einem Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Datum: Unterschrift