OCM Orthopädische Chirurgie München

ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, wir freuen uns, Sie in der OCM begrüßen zu dürfen! Vorab bitten wir Sie darum, diesen Aufnahmebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Verschwiegenheit und dem Datenschutz.

Name

Vorname

Geboren am

Straße

Geschlecht m/w/d

PLZ

Ort

E-Mail privat

Telefon privat

Telefon mobil

Beruf

Arbeitgeber

Telefon beruflich

Hatten Sie einen Arbeits-, Wege- oder Schulunfall? ○ ja ○ nein

Sind Sie pflegebedürftig? ○ ja ○ nein Pflegegrad: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

Gibt es eine Person, die für Sie auskunftsberechtigt ist?

Name

geboren am

Name des Hausarztes

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Name des überweisenden Arztes

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Besteht das Kostenerstattungsverfahren für gesetzlich Versicherte? ○ ja ○ nein

Besteht eine private stationäre Zusatzversicherung? ○ ja ○ nein

Krankenversicherung

Versichertennummer

○ Chefarztbehandlung ○ Belegarztbehandlung ○ 1-Bett Zimmer ○ 2-Bett Zimmer

○ Mehrbettzimmer ○ Reduzierter Tarif

Gebührensatz

OCM Orthopädische Chirurgie München

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1 b SGB V.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an Überweiser oder weiterbehandelnde Einrichtungen (z.B. Reha-Klinik) übermittelt zwecks Weiterbehandlung und Dokumentation
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Überweiser oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann
- Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen

Hinweis: Aus datenschutzrechtlichen Gründen darf die OCM medizinische Dokumentationen und/oder Befunde nicht per E-Mail versenden.

München, _____ _____
Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)

Einverständniserklärung zur Nutzung der Patientenakte gem. § 339 Abs. 1 SGB V, §§ 346-348 SGB V.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an die ePA übermittelt zur Nutzung durch mich und die von mir bestimmten Zugriffsberechtigten
- der mich behandelnde Arzt Zugriff auf die in meiner ePA gespeicherten Gesundheitsdaten im Umfang meiner Freigabe erhält und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt
- Es ist mir bekannt, dass ich einen Anspruch auf die Übermittlung von Daten an die ePA und die dortige Speicherung habe
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann
- Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine in der ePA gespeicherten Daten nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen

München, _____ _____
Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!