



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?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Sind Sie pflegebedürftig? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Besteht eine private stationäre Zusatzversicherung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Krankenversicherung _____	Versichertennummer _____	
<input type="radio"/> Chefarztbehandlung <input type="radio"/> Belegarztbehandlung	<input type="radio"/> 1-Bett Zimmer <input type="radio"/> 2-Bett Zimmer	
<input type="radio"/> Mehrbettzimmer <input type="radio"/> Reduzierter Tarif	Gebührensatz _____	

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- sofern diese nicht bereits in meiner elektronischen Patientenakte enthalten und von mir freigegeben wurden, 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 unverschlüsselt versenden.

München, _____

Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!