

**Bitte füllen Sie diesen Bogen aus**, so dass wir Ihre Daten in unserem EDV-System speichern können. Die Daten benötigen wir für die Dokumentation und für das Ausstellen von u.a. Bescheinigungen, Rezepten und Überweisungsscheinen. **Datenschutz ist uns sehr wichtig**. Der Umgang mit den Daten fällt unter die Schweigepflicht unserer Praxis und unterliegt den Regularien des Europäischen Datenschutzgesetzes (Datenschutzbeauftragter: Dr. H.-G. Peleikis).



**Proktologische  
Praxis Kiel**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon\* Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf\* \_\_\_\_\_ Krankenkasse/-versicherung \_\_\_\_\_

**Besteht eine Zusatzversicherung (insbes. für eine belegärztliche stationäre Behandlung)?**

1- Bett-Zimmer       2-Bett-Zimmer       Wahlärztliche Leistungen

**Folgende Ärzte sollen einen Befundbericht erhalten\*:**

Hausarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Gynäkologe/in \_\_\_\_\_ Urologe/in \_\_\_\_\_

Internist(in)/Gastroenterologe(in) \_\_\_\_\_

Chirurg/in \_\_\_\_\_ Dermatologe/in \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe

**Sind Sie damit einverstanden, dass die o.g. Ärzte/innen über die bei Ihnen erhobene Befunde bzw. Diagnosen informiert werden?**       Ja       Nein

**Sind Sie damit einverstanden, dass wir für Ihre Behandlung wichtige Befunde bei anderen Ärzten/innen einholen?**       Ja       Nein

**Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, der Routine- oder der Kontrolluntersuchung überlassen werden dürfen?**       Ja       Nein

Kiel Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_