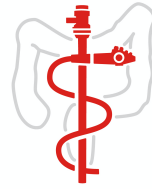


Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, so dass wir Ihre Daten in unserem EDV-System speichern können. Die Daten benötigen wir für die Dokumentation und für das Ausstellen von u.a. Bescheinigungen, Rezepten und Überweisungsscheinen. **Datenschutz ist uns sehr wichtig**. Der Umgang mit den Daten fällt unter 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 _____