

**Nachname:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

**Geburtsdatum:**

Telefon:

Mobil:

Beruf:

überweisender Arzt mit Anschrift:

Hausarzt mit Anschrift:

Krankenkasse:

Besteht eine private Zusatzversicherung (1/2 Bettzimmer/Chefarztbehandlung)  ja  nein  
Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Bestehen Vorerkrankungen wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt/-insuffizienz, Zucker, Gefäßerkrankungen, chronische Infektionen wie Hepatitis/HIV, etc...? Wenn ja, welche:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bestehen Allergien gegen Medikamente? Wenn ja, welche:

### **Datenschutz**

Die Information zum Datenschutz in unserer Praxis habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

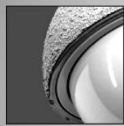
ja  nein

### **Terminerinnerungen/online Terminvergabe**

Wir arbeiten mit der Online Terminvergabe von Doctolib zusammen. Bitte teilen Sie uns mit, ob sie eine Terminerinnerung per Kurznachricht oder E-Mail wünschen:

Mobiltelefon Nummer:

E-Mail:



### **Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindung**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir gehalten, Ihrem Hausarzt ggfls. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind, und/oder Untersuchungs- und Behandlungsdaten einzuholen.

Ich willige ein, dass die behandelnden Ärzte des Orthopaedicums Hannover

- mich betreffende Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insb. Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienst) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermitteln.
- die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erheben und diese Daten für die Zwecke der Behandlung speichern, verarbeiten und nutzen.
- die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermitteln.
- zur Gewährleistung einer Weiter- oder Neubehandlung ärztliche Informationen aus meiner Patientenakte innerhalb des Orthopaedicums Hannover austauschen.

Ich kann diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen. Für den Fall des Widerrufs ist mir bekannt, dass ich zum Zwecke einer medizinisch sachgerechten Behandlung selbst die erforderlichen Informationen an/von der behandelnden Einrichtung übergeben bzw. einholen muss.

O ja    O nein

Hiermit bestätige ich auch die Richtigkeit der umseitig gemachten Angaben  
Hannover, §{#dat}

---

Datum/Unterschrift

### **Einwilligungserklärung zur Abrechnung von Laborleistungen nur für privat Krankenversicherte**

Im Rahmen der Erbringung von Laborleistungen erfolgt die Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen durch ein externes Labor. Dies ist derzeit die Firma AMEDES, Haferweg 40, 22769 Hamburg. Wir haben mit der AMEDES-Gruppe auf Grundlage der DSGVO eine Auftragsvereinbarung abgeschlossen, um ein hohes Datenschutzniveau zu gewährleisten.

Ich willige ein, dass zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung entsprechende Gesundheitsdaten und weitere personenbezogene Daten, insb. Name und Anschrift, an die o.g. Stelle übermittelt werden. Ich kann diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen. Für den Fall des Widerrufs ist mir bekannt, dass ohne Laborleistungen eine sachgerechte medizinische Behandlung nicht erfolgen kann und/oder ggf. eine Abrechnung dann durch die Praxis erfolgt.

O ja    O nein

---

Datum/Unterschrift