

Internistische Facharztpraxis

Prof. Dr. med. Stefan Weber / Dr. med. Claudia Sick
Dr. med. Stefanie Schwarz / Dr. med. Stephan Tretzel
Dr. med. Michael Röhling / Dr. med. Ines Puttkammer
Weichser Weg 5, 93059 Regensburg



Liebe Patientin, lieber Patient,

Selbstverständlich unterliegen diese Auskünfte der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz nach DSGVO.
Ihr Einverständnis zur Datenerfassung, -verarbeitung und ggf. -weitergabe kann jederzeit widerrufen werden.

Name: Vorname:

Geb. Datum: Festnetz / Mobiltelefon:

Straße, Hsnr.:

PLZ, Wohnort:

Name der gesetzl. Krankenkasse: Größe: Gewicht:

freiwillige Auskunft:

Titel: Beruf: Arbeitgeber:

Bitte notieren Sie hier Ihre derzeitige Medikation mit Wirkstärke und Dosierung, oder legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan vor:

.....

.....

.....

Allergien:

Besondere Hinweise:

Befundmitteilung an einen Arzt / eine Institution erwünscht?

☐ Ja (Bitte immer den/die Namen angeben!)

☐ Nein

1.

2.

3.

Eine Befundmitteilung an den Patienten ist nicht möglich, gerne können Sie aber ein paar Tage später den Befund bei uns abholen. Falls Sie die elektronische Patientenakte (ePA) nutzen, wird Ihr Befund dort eingestellt.

1.) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Durchführung der notwendigen Diagnostik an externe Leistungserbringer weitergegeben werden. Dies betrifft vor allem Leistungen aus Labor (Dr. Staber und Kollegen) und Pathologie (Institut Ansbach).

2.) Zusätzlich erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Befunde an mitbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden und dass für meine Behandlung notwendige Befunde von der hiesigen Praxis von anderen Ärzten angefordert werden, sofern dieses ausschließlich in meinem Interesse ist.

3.) Unserer Praxis ist eine Terminpraxis. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie den Termin bitte 24 Stunden vorher ab. Ohne Terminabsage stellen wir ein Ausfallhonorar von 50 € in Rechnung.

4.) Sollten spätere Kontrolluntersuchungen aus dem Bereich Gastroenterologie erforderlich sein, bin ich damit einverstanden, schriftlich daran erinnert zu werden. Meine diesbezüglichen Daten werden hierzu im „Recall“-System der Praxis gespeichert. Diese Zusage kann jederzeit (auch telefonisch) widerrufen werden.

Regensburg, Datum:

Unterschrift: