



Dr. med. Agnieszka Ortolan
Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie

An den Salzwiesen 1, 24217 Schönberg
Tel.: 04344 37-15 95 | www.kardio-ortolan.de | praxis@kardio-ortolan.de

Herzlich willkommen in meiner Praxis

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Behandlung in meiner Praxis entschieden haben.
Um den Organisationsablauf jetzt und in Zukunft so reibungslos wie möglich für Sie gestalten zu können, bitte ich Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße, Hausnr.:	Plz, Ort:
Telefon:	E-Mail:
Mobil:	
Größe:	Gewicht:
Hausarzt/überweisender Arzt:	Krankenkasse:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt, Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten: Frau Dr. Ortolan wird gegenüber folgenden vor- und weiterbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht entbunden: _____

Praxis: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch kontaktiert zu werden.

Ja Nein

Bitte Rückseite auch ausfüllen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Vorerkrankungen oder sind bereits Operationen bei Ihnen durchgeführt worden?

Leiden Sie an einer, oder hatten Sie eine Infektionskrankheit, z. B. Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht), HIV, usw.?
Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien?
Wenn ja, welche?

Ich willige in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Im Falle einer Terminverhinderung bitte ich Sie, den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andere Patienten sind Ihnen dankbar!

Privatversicherte/Selbstzahler

Hiermit erkläre ich mich, dass ich den Betrag, der nach aktueller Gebühren Ordnung für Ärzte (GOÄ) erstellten Rechnungen ohne Abzüge fristgerecht auf ein Konto der Praxis einzahlen werde.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

_____ Datum, Unterschrift Patient