



Priv. Doz. Dr. univ. med. Patrizia K. Kump

Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie

Datenerhebung Erstvorstellung

	<input type="checkbox"/> Hauptversichert - <input type="checkbox"/> Mitversichert
WUNSCHTERMIN	
Vorname – Titel	
Nachname	
Geb. Datum	
VS- Nr.	
Straße	
PLZ, ORT	
Telefon + E-Mail	
Hausarzt bzw. zuweisender Arzt	
Krankenkasse	
Kategorie	Erwerbstätig <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener <input type="checkbox"/> ÖFG / KOVG- <input type="checkbox"/>
Gebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche:
Beruf	
Dienstgeber und DG-Adresse	
Info	Aktuelle Beschwerden: Erkrankungen: Colo – Gastro <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann:
Unser Standort	PK Kreuzschwestern , Kreuzgasse 35, 8010 Graz – Erdgeschoss – Ordinationszentrum West
Parkmöglichkeit	In unmittelbarer Nähe – ZONE BLAU-GRÜN. Bitte legen Sie ausreichend Parkscheine ein!
Mitzubringen	Befunde, Röntgenbilder, Medikamentenliste



Priv. Doz. Dr. univ. med. Patrizia K. Kump
Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie

Einwilligungserklärung

Direktweitergabe von Befunden an überweisende Ärzte

Ich stimme bis auf Widerruf zu, dass mein behandelnder Arzt, sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten)

- an andere Ärzte im Rahmen der Überweisung weitergeben darf
- an andere Ärzte weitergeben darf
- von anderen Ärzten diese Information anfordern darf
- im Zuge von Laborzuweisungen die Information anfordern darf

Die Weitergabe und Anforderung der Information darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief, per Email sowie telefonisch widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Geburtsdatum

Patientenname

Datum

Unterschrift