



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte geben Sie uns an, an welche Ärzte bzw. Einrichtungen/Krankenhäuser oder Familienmitglieder wir Ihre Patientendaten bzw. Behandlungsbefunde weitergeben dürfen. Beachten Sie, dass wir bei fehlenden Angaben keine Weiterleitung gewährleisten können.

Name, Vorname

Geburtsdatum

1. Weitergabe an Krankenhäuser oder Notdienste erlaubt?

Ja

Nein

2. Weitergabe an Familienangehörige etc. erlaubt?

Ja

Nein

→ Bitte namentlich benennen:

3. Weitergabe an Arztpraxen (Hausarzt, Diabetologie etc.) erlaubt?

Ja

Nein

→ Bitte namentlich benennen:

4. Besteht eine private Zusatzversicherung für die stationäre Versorgung?

Ja

Nein

5. Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten ein:

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Dürfen wir Sie per E-Mail an Ihren Termin erinnern?

Ja

Nein

Wir nutzen hierfür unser Praxissystem, das Ihre E-Mail-Adresse und Termindaten an einen Dienstleister in Deutschland übermittelt. Weitere persönliche Daten werden nicht übermittelt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine im Rahmen der Untersuchungen im Herz- und Gefäßzentrum Landau erhobenen Befunden an oben angegebene Dritte weitergeleitet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift