



**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient**

Um Ihnen einen vollumfänglichen Service bieten zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Vielen Dank.

Friedrichstraße 180 • 10117 Berlin
Telefon: 030 / 886 226 - 0
Telefax: 030 / 886 226 - 309
E-Mail: info@citypraxen.de
www.citypraxen.de

Ihr Praxisteam

| | | |
|---------------------|--|--------------|
| Nachname | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | Land |
| Telefon | Mobil-Telefon | |
| Beruf / Tätigkeit | E-Mail (Verwendung nur für persönliche Benachrichtigungen – keine Werbung) | |
| Krankenversicherung | Versicherungsnummer | |

Bitte informieren Sie folgende Ärzte über Befunde und Therapie:

| | | |
|------|-----------|------------------|
| Arzt | Anschrift | Telefon / E-Mail |
|------|-----------|------------------|

Wenn ich nicht erreichbar bin, können Sie in dringenden Fällen folgende Person benachrichtigen:

| | | |
|---------------|---------------------------|---------------|
| Name, Vorname | Verwandtschaftsverhältnis | Mobil-Telefon |
|---------------|---------------------------|---------------|

Hinweis

- Eine Behandlung kann und wird nur erfolgen, soweit eine wirksame Einwilligungserklärung/ Schweigepflichtentbindungserklärung für die Abrechnung der Arzthonorare über die PVS vorliegt.
- Ihren Krankenversicherungstarif und Leistungsbeschränkungen und Leistungsausschlüsse hat Ihnen Ihre Krankenversicherung mitgeteilt. Bitte beachten Sie, dass die Ärzte der CityPraxen^{BERLIN} ausschließlich privatärztlich behandeln und ihre Honorare unabhängig davon nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnen und den Gebührensatz bis zum 3,5-fachen steigern können.

Einverständniserklärung

- Ich erkläre mich bis auf schriftlichen Widerruf einverstanden mit der Speicherung meiner Daten inkl. medizinischer Informationen bei den CityPraxen^{BERLIN} nach den gesetzlichen Vorgaben zur Verwendung dieser innerhalb der CityPraxen^{BERLIN} und dem Zugriff der bei den CityPraxen^{BERLIN} tätigen Ärzte auf diese Daten.
- Nachrichten inkl. medizinischer Befunde können mir per E-Mail zugesandt werden.

Ort, Datum

Name (in Druckbuchstaben)

Unterschrift