



## Erstaufnahmebogen – Patient/in

### Praxis / Verantwortlicher

Praxisname: Orthopädisch-chirurgische Praxis

Anschrift: Rheinstraße 97, 64295 Darmstadt

Telefon: 06151 – 78075-0      E-Mail: [praxis@ocp-darmstadt.de](mailto:praxis@ocp-darmstadt.de)

### 1. Stammdaten

Frau    Herr    divers

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_   Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Nr. PLZ, Ort):  
\_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf (optional): \_\_\_\_\_      Staatsangehörigkeit (optional): \_\_\_\_\_

### 2. Krankenversicherung

Gesetzlich versichert – Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Privat versichert – Name der Versicherung/Tarif:  
\_\_\_\_\_

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Überweisende Stelle (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

### 3. Einbeziehung von Vertrauenspersonen/ Notfallkontakt

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### **4. Medizinische Angaben (freiwillig, aber für sichere Behandlung erforderlich)**

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Dauermedikamente (Name, Dosis): \_\_\_\_\_

Chronische/ernsthafte Erkrankungen, Operationen, relevante Befunde:

---

#### **5. Hinweise**

Die Patienten - Datenschutzinformation finden Sie als Aushang in unserer Praxis.

Bitte informieren Sie uns über Änderungen Ihrer Kontaktdaten/Medikation.

#### **6. Bestätigung**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in (bzw. Erziehungsberechtigte/r): \_\_\_\_\_

#### **Einwilligungsbogen (freiwillig; seperat widerrufbar)**

Patient/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **1. Befund / Dokumentenversand per E-Mail**

- Ohne End-zu-End-Verschlüsselung – mir ist bewusst, dass hierdurch ein erhöhtes Risiko eines unbefugten Zugriffs Dritter besteht.
- Kein Versand per E-Mail

#### **2. Weitergabe an Hausarzt und andere Ärzte**

Ich willige ein, dass die behandelnde Arztpraxis, medizinisch notwendige Gesundheitsdaten an meinen Hausarzt/in sowie an weitere von mir behandelnden Ärzte übermittelt. Dies dient der Koordination und Sicherstellung meiner medizinischen Versorgung. Die Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in (bzw. Erziehungsberechtigte/r): \_\_\_\_\_