



DRES. BEHR ERBEN PRIMBS RAU
ORTHOPÄDISCH-CHIRURGISCHE PRAXIS

Erstaufnahmebogen – Patient/in

Praxis / Verantwortlicher

Praxisname: Orthopädisch-chirurgische Praxis

Anschrift: Rheinstraße 97, 64295 Darmstadt

Telefon: 06151 – 78075-0 E-Mail: 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; separat 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): _____