

DATENBLATT

Praxis Dr. med. Stefan Berger

Facharzt für Urologie, Andrologie, medikamentöse Tumorthherapie, Palliativmedizin

Marktplatz 5, 93073 Neutraubling

SEHR GEEHRTE PATIENTIN,

SEHR GEEHRTER PATIENT,

Indem Sie uns Ihre Versicherungskarte überreichen, oder bei einem Termin Name, Adresse und Geburtsdatum angeben, erklären Sie sich damit einverstanden, dass diese Daten zum Zweck Ihrer Behandlung von uns verwendet werden. Sie haben das Recht auf Information, Korrektur, Löschung und Widerruf gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung.

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

STRASSE, HAUSNR: _____

PLZ, WOHNORT: _____

Die folgenden Angaben sind freiwillig, ausschließlich zur Terminabsprache und Befundübermittlung gedacht, und können von Ihnen jederzeit widerrufen werden:

TELEFON: _____

HAUSARZT: _____

Bitte kreuzen Sie an: BERICHT AN HAUSARZT ODER AN SIE SELBST KEIN BERICHT

ERLAUBNIS ZUR ÜBERMITTLUNG VON PROBEN ANS LABOR

Welche Medikamente nehmen Sie? _____

Für Männer, wichtig im Rahmen der Vorsorge: SELBST ZU BEZAHLENDER PSA-WERT
(20,00 €, Erläuterung erfolgt durch behandelnden Arzt / behandelnde Ärztin)

DATUM, UNTERSCHRIFT _____

Für Privatpatienten: Durch Unterschrift willige ich in eine Behandlung ein. Ich bin einverstanden, Rechnungen mit Diagnosen zu erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT _____