

Angaben zur ambulanten telemedizinischen Behandlung

Behandlungstermin:Uhr

Fachabteilung: Sprechstunde:

wird von der
Ambulanz
ausgefüllt

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: Geb.-datum:

Straße/Nr.: PLZ/Ort:

Telefon/ Festnetz: Mobil:

E-Mail- Adresse:

Fam.-stand:* verheiratet nicht verheiratet

Kostenträger: Name der Krankenkasse: Versicherungsnummer:
.....

Versicherungsstatus:* Mitglied Rentner

Familienversichert über:

(Name, Vorname, Geb.-Datum)

Weitere Angaben:

Überweisender Arzt:

Hausarzt:

Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen / Befunde an die von mir genannten Ärzten im erforderlichen Umfang zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt werden.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei den von mir benannten Ärzten vorliegende Behandlungsunterlagen / Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch das Universitätsklinikum Jena angefordert werden können.*

ja nein

Einwilligungserklärung Telefonsprechstunde:

Ich erteile meine Einwilligung zur Telefonsprechstunde inkl. der damit verbundenen Verarbeitung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Telefonsprechstunde.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum / Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters

* Zutreffendes bitte ankreuzen