



EDV-Nummer:

STAMMDATENBLATT

Sehr geehrte/r Patient*in,

wir heißen Sie in unserer Praxis für Allgemeinmedizin und Psychotherapie herzlich willkommen! Für einen reibungslosen Ablauf ersuchen wir Sie, uns nachfolgende Daten bereitzustellen (Bitte beachten Sie die Datenschutzerklärung auf der Rückseite!).

Familienname:	Vorname:	Sozialversicherungsnr./Geburtstag:
Krankenkasse:	Ambulante Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsgesellschaft:
Heimatadresse (Land, Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer):		
Adresse in Tirol, falls o.a. Anschrift nicht Ihr Hauptwohnsitz ist:		
Telefon:	E-Mail:	Berufsstand:
Arbeitgeber (Name des Unternehmens, Ort):		
Ich komme auf Zuweisung. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Im Falle der Mitversicherung bei Ehegatten/Elternteil Daten der versicherten Person:

Familienname:	Vorname:	Sozialversicherungsnr./Geburtstag:
Telefon:	Berufsstand:	Arbeitgeber (Name des Unternehmens, Ort):

Unsere Ordination ist eine Wahlarztordination ohne Direktverrechnung mit Krankenkassen – mit Ausnahme der Vorsorgeuntersuchung und der SVA. Sie können an Sie gerichtete Honorarnoten nach Einzahlung bei Ihrer Krankenkasse einreichen und bekommen im Regelfall 80 % der Kassenleistung der jeweiligen Kasse refundiert. KUF-Versicherte werden laut Tarif verrechnet.

Datum:

Unterschrift:

Ordination Dr. Herbert Bachler – Wir sind gerne für Sie da!



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG Befundeinholung/Verwendung meiner Daten

Alle personenbezogenen Daten werden von uns im Einklang mit der EU-Datenschutz-Grundverordnung, dem Ärztegesetz und dem Telekommunikationsgesetz (TKG) behandelt!

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt, Dr. Herbert Bachler, sämtliche Befunde von anderen Ärzt*innen und Krankenanstalten, die für meine Abklärung, meinen Behandlungsfortschritt bzw. für meine Gutachtenserstellung notwendig sind, anfordern darf. Die erhaltenen Informationen werden ausschließlich zur Dokumentation und weiteren Behandlung bzw. Gutachtenserstellung verwendet.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ordination Dr. Herbert Bachler meine vorseitig genannte E-Mail-Adresse und meine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme verwenden darf – dies zwecks Befundauskunft, Bekanntgabe von patientenrelevanten Neuerungen in der Ordination oder für Terminvereinbarungen/Terminveränderungen.
- Sollte ich meine Datennutzung für die Elektronische Gesundheitsakte ELGA nicht widerrufen haben, gilt o.a. Einwilligung auch für diesen Zugangsweg zu meinen Gesundheitsdaten.
- Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert, also in keiner Weise auf meine Person zurückzuführen, für wissenschaftliche Projekte ausgewertet werden dürfen. Meine Daten werden keinesfalls an Dritte weitergegeben.
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen postalisch oder per E-Mail widerrufen kann, ist mir bekannt.

Familienname:	Vorname:	Geburtstag:
Gesetzliche/r Vertreter*in Sachwalter*in Obsorgeberechtigter Elternteil:		

Datum:

Unterschrift: