

Arbeitsunfall



**EVANGELISCHES
KRANKENHAUS
OLDENBURG**

Menschen im Mittelpunkt

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
OLDENBURG

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon-/Handynummer

Emailadresse

Kreuzen Sie bitte eine der beiden folgenden Optionen an:

Erstvorstellung mit folgender Diagnose:

Diagnose

Beginn der Beschwerden/Unfalldatum

Name der/s behandelnden D-Arzt/in:

Folgebehandlung



Terminwunsch

Kreuzen Sie bitte eine der folgenden Optionen an:

dringend (binnen 1-7 Tagen)

kurzfristig (binnen 7-14 Tagen)

mittelfristig (binnen 2-6 Wochen)

Rezept

(Wenn Sie ein Rezept für Physiotherapie, Medikamente o.ä. benötigen, tragen Sie es hier ein)

Taxischein

(Wenn Sie einen Taxischein benötigen, tragen Sie hier das jeweilige Datum und die Betriebsstätte ein)

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

(Tragen Sie hier den letzten Tag der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein)

(Tragen Sie den notwendigen Zeitraum für Krankschreibung ein)

WICHTIGER HINWEIS

Bitte bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Termin, wenn bereits vorhanden, Ihre Befunde mit. Wenn bildgebende Untersuchungen durchgeführt wurden, bringen Sie diese bitte auf einer CD oder mittels QR Code mit.

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Einwilligung in Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten zum Zwecke der Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung sowie im Rahmen der Behandlung in der unfallchirurgischen Ambulanz des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg verarbeitet.

Regelmäßig handelt es sich hierbei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

- Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus
- Erstdiagnose, die nachfolgenden Diagnosen sowie die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung
- Datum und Art der jeweils durchgeführten Behandlung
- Die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen

Mit der Sendung des Formulars erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden zur Datenverarbeitung in der vorgenannten Form.

Senden Sie das ausgefüllte Formular an die Emailadresse praxisuch@ev-ol.de

Hinweis:

Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung zu den o.g. Zwecken statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Evangelische Krankenhaus Oldenburg zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Evangelischen Krankenhaus Oldenburg zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.