

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon-/Handynummer

Emailadresse

**Kreuzen Sie bitte eine der beiden folgenden Optionen an:**

**Erstvorstellung mit folgender Diagnose:**

Diagnose, die auf der Facharztüberweisung steht

Beginn der Beschwerden/Unfalldatum

Name der/s behandelnden Facharzt/in:

**Folgebehandlung**

BEKANNT

**Terminwunsch**

**Kreuzen Sie bitte eine der beiden 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](mailto:praxisuch@ev-ol.de)

**Hinweis:**

Ihre Einwilligung zur Direktabrechnung und Datenübermittlung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, wird Ihnen die Rechnung privat zugesandt

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der privaten Krankenversicherung und dem Evangelischen Krankenhaus Oldenburg 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.