

KASSE     PRIVAT     BG     IGEL



**RADIOLOGISCHE PRAXIS  
KLIER HOFBAUER DANZ**

**Dr. med. Rainer Klier**

Arzt für diagnostische Radiologie / Neuroradiologie

**Dr. med. Michael Hofbauer**

Arzt für diagnostische Radiologie

**Dr. med. Søren Danz**

Arzt für diagnostische Radiologie / Neuroradiologie

### Allgemeiner Patientenbogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sondertarif der Privatkasse: \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten:**

Welcher Art sind Ihre Beschwerden (die heutige Untersuchung betreffend)?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Welches Körperteil wurde geröntgt? \_\_\_\_\_

An Frauen im gebärfähigen Alter: besteht eine Schwangerschaft?

Ja     Nein



## Datenschutz

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Zur Untersuchungsplanung und zur genauen Beurteilung ist manchmal die Hinzuziehung von Befundberichten/Aufnahmen früherer Untersuchungen /Behandlungen nötig, dazu benötigen wir Ihre Einwilligung. Dass Gleiche gilt für die Weitergabe unserer Untersuchungsergebnisse an Ihre behandelnden Ärzte.

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass falls zur Beurteilung nötig, frühere Befundberichte und Untersuchungen angefordert und dass auf Anforderung Befunde mit/weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Für Privatpatienten / Privatpatientinnen

Für die Rechnungsstellung gelten die gesetzlichen Gebührensätze bzw. Analogwertung in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Anmerkungen