

Anmeldung zur stationären/prästationären Terminvereinbarung

von Patienten für die Klinik für Dermatologie und Allergologie
Klinikum Bayreuth GMBH



Beauftragung zur Terminvereinbarung

Bitte dieses Formblatt an die Hautklinik Preuschwitzer Strasse 101, 95445 Bayreuth,
(Stichwort: „Terminvereinbarung“) schicken, in dringenden Fällen an die Fax.-Nr. 0921-400-885402

Patient/in:

Nachname, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Tel.-Nr. / Mobil-Nr.: _____

(Bitte unbedingt für die Terminvereinbarung angeben)

- Ich willige in die Übermittlung meiner Patientendaten und Befunde an die Klinik für Dermatologie im Klinikum Bayreuth ein.
- Ich willige ein, dass die Klinik für Dermatologie im Klinikum Bayreuth, die für meine aktuelle Behandlung notwendigen Befunde oder ggf. histologische Präparate von Dritten anfordern darf.
- Ich willige in die Rückmeldung meines Vorstellungstermins an den Zuweiser per Fax (s. unten) ein. Mir ist bekannt, dass bei aller Sorgfalt eine fehlerhafte Übermittlung per Fax nicht immer auszuschließen ist, ebenso eine Einsichtnahme durch unbefugte Dritte.

Diese Einwilligungen können ganz oder teilweise jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf ist zu richten an: Sekretariat der Hautklinik, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Betreuer/in

Überweisende/r Arzt/in oder überweisende Klinik:

Name: _____

Adresse: _____

Tel. Nr. : _____

FAX Nr.: _____

(Bitte unbedingt angeben für Rückfragen bzw. für die Rückantwort unserer Klinik)

Anlagen: Histologiebefund sonstige Befunde _____

Wird durch die Klinik für Dermatologie und Allergologie Klinikum Bayreuth GmbH ausgefüllt und an Sie zurück gefaxt.

Der/die o. g. Patient/in hat am _____ um _____ einen Termin in unserer Klinik und wurde über diesen bereits informiert.