

Bitte kommen Sie immer gut vorbereitet zu uns

Bringen Sie zum Besuch bitte immer folgendes mit:

- Medikationsplan mit exakter Dosis und Einnahmehäufigkeit aller Medikamente mit QR Code
- Versichertenkarte und Überweisungsschein
- NEU Ein großes Handtuch für die Untersuchungsfläche
- Relevante Krankenhausbefunde und Arztbriefe
- Aktuelle Blutwerte (LDL-Cholesterin, Nierenwerte)
- Klären Sie mit dem Hausarzt, ob Sie im DMP KHK bei der Krankenkasse eingeschrieben sind
- Dokumentieren Sie vorab einige Male Ihren Blutdruck
- Eine Bitte an unsere männlichen Patienten: Rasieren Sie sich bitte schon zu Hause die kompletten Brusthaare.

Dringliche Termine bekommen Sie nur über die Hausarztvermittlung. Bitte wenden Sie sich deswegen an Ihre Hausärzte

Gebuchte Termine müssen bei Verhinderung einen Werktag vorher abgesagt werden. 2 x unentschuldig nicht erschienen, bedeutet: andere Praxis suchen! Termin unentschuldig verpasst: Wir behalten uns vor, eine Ausfallgebühr zu erheben.

Füllen Sie bitte die folgende 2 Seiten Datenschutzerklärung komplett aus und bringen Sie diese ausgedruckt und unterschrieben mit in die Praxis.

Kommen Sie bitte pünktlich zum Termin

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Team der KardioPraxis Tuttlingen

KardioPraxis Tuttlingen
Neuhauser Str. 85
78532 Tuttlingen
Tel.: 07461-73589
kardiopraxis-tuttlingen.de

Sprechzeiten:

Montag bis Donnerstag:
08.00 Uhr bis 12.00 Uhr
13.00 Uhr bis 15.00 Uhr
Freitag:
08.00 Uhr bis 12.00 Uhr

Rezeptabholung:

Montag bis Donnerstag
13.00 bis 15.00 Uhr

Terminvereinbarung online
E- Rezepte und Rp. online
Überweisungen online

Im Notfall immer 112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:
Wochenende 18.00 bis 08.00
Uhr
Werktags 18:00 bis 08:00 Uhr
Tel.: 116117

BITTE JETZT DIE NÄCHSTEN 2 SEITEN
AUSDRUCKEN UND AUSGEFÜLLT
MITBRINGEN. HERZLICHEN DANK

Patientendaten: bitte gut leserblich ausfüllen)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefon: 07461-73589
Fax: 07461-72959
www.kardiopraxis-tuttingen.de

Einwilligungserklärung zum E-Mail-Versand

Hiermit erkläre ich mich mit der Übermittlung von E -Mails im Rahmen der Terminbestätigung bzw. der Erinnerung an bevorstehende Termine die in Zusammenhang mit meiner ärztlichen Behandlung stehen, gegenüber der KardioPraxis Tuttingen, Neuhauser Str. 85, 78532 Tuttingen, einverstanden. Dabei ist mir bekannt, dass der E -Mail-Versand unverschlüsselt (unsicher) erfolgt.
Ich bin daher darüber informiert, dass ein Abfangen, Mitlesen oder Verändern der E -Mails durch Dritte nicht ausgeschlossen werden kann.

Einwilligungserklärung zur telefonischen Terminerinnerung

Hiermit erkläre ich mich mit einer telefonischen Kontaktaufnahme durch die KardioPraxis Tuttingen, Neuhauser Str. 85, 78532 Tuttingen, einverstanden. Die Kontaktaufnahme erfolgt zum Zwecke meiner Terminbestätigung bzw. der Erinnerung an bevorstehende Termine.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen der telefonischen Kontaktaufnahme auch Personen, die Zugangsmöglichkeiten zum von mir angebotenen Telefonanschluss haben, von der bestehenden Patientenbeziehung zwischen mir und der Praxis Kenntnis erlangen können. Weitergehende Informationen werden von der Praxis nicht erteilt, es sei denn, es liegt durch mich hierzu eine gesonderte Berechtigung vor.

E-Mail-Adresse eintragen

Mobilnummer eintragen

Widerruf

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. gesetzlicher Vertreter)

Sabine Jumpertz
Dr. med. Maximilian Hartmann
Dipl.-Ing. Dr. med. univ. Martin Sommerauer



Fachärzte für **Innere Medizin**
Schwerpunkt **Kardiologie**

Patientendaten

bitte gut lesbar (ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung zur Übermittlung von Behandlungsberichten

Mir ist bekannt, dass die **KardioPraxis Tuttlingen** regelmäßig einen Arztbrief erstellt, wenn ich dort behandelt werde.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Arztbriefe an **überweisenden Hausarzt** üblicherweise per Fax übersendet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass diese **Arztbriefe auf Anfrage** auch an andere **Ärzte und Krankenhäuser** übersendet werden können, die mich behandeln und die Informationen für meine weitere Behandlung benötigen. Eine gesonderte **Schweigepflichtsenkung** der **KardioPraxis** gegenüber diesen **Institutionen** nicht erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit der **KardioPraxis** kooperierte **Labor** Laborärzte Singen, Prof. Blessing und Kollegen) übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung widerrufen kann.

Das Informationsblatt „Patienteninformationen zum Datenschutz“ gemäß der **Berichtens**chutz-Grundverordnung vom 25.05.2018 habe ich zu Kenntnis genommen.



Tuttlingen, den _____

Datum

Unterschrift

Vorsorgliche Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit **entbinde** ich andere **Ärzte und Krankenhäuser** die mich behandelt haben von der **Schweigepflicht** gegenüber der **KardioPraxis Tuttlingen** und bin mit dem Versand von Befunden und Behandlungsberichten per Fax an die **Praxis** einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung widerrufen kann.



Tuttlingen, den _____

Datum

Unterschrift