

Angaben zur ambulanten telemedizinischen Behandlung

Behandlungstermin: Uhr

Fachabteilung: Sprechstunde:

wird von der
Ambulanz
ausgefüllt

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: Geb.-datum:

Straße/Nr.: PLZ/Ort:

Telefon/ Festnetz: Mobil:

E-Mail- Adresse:

Fam.-stand:* verheiratet nicht verheiratet

Kostenträger:

Name der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Versicherungsstatus:* Mitglied Rentner

Familienversichert über:

(Name, Vorname, Geb.-Datum)

Weitere Angaben:

Überweisender Arzt:

Hausarzt:

Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen / Befunde an die von mir genannten Ärzten im erforderlichen Umfang zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt werden.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei den von mir benannten Ärzten vorliegende Behandlungsunterlagen / Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch das Universitätsklinikum Jena angefordert werden können.*

ja nein

Einwilligungserklärung Videosprechstunde:

Mit Unterzeichnung dieses Dokuments erkläre ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Ich erteile meine Einwilligung zur Videosprechstunde inkl. der damit verbundenen Verarbeitung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde gemäß den beiliegenden Erläuterungen zur Videosprechstunde.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum / Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters

* Zutreffendes bitte ankreuzen