

Dr. med. A. Kohlenbach

M. Vogel

A. Almohamad

Facharzt für Innere Medizin
Hep. Schwerpunktpraxis bng

Facharzt für Innere Medizin
Gastroenterologie

Facharzt für Innere Medizin
Gastroenterologie

Hauptkanal rechts 75
26871 Papenburg

Sehr geehrte Patienten,

ab dem 25.5.2018 sind neue Datenschutzrichtlinien in Kraft. Da wir sämtliche Befunde von Ihnen und die Angaben zu Ihrer Person in digitaler Form speichern, brauchen wir gemäß dieser Richtlinie Ihre explizite Zustimmung zu dieser Speicherung und ggf. Weitergabe an weitere behandelnde Ärzte und z.B. Apotheker. Ohne Ihre Zustimmung ist keine Speicherung von Daten zulässig, jedoch können wir dann die erhobenen Befunde nicht mehr dokumentieren, so dass eine erfolgreiche Behandlung kaum möglich ist. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Name, Vorname, Geburtsdatum (bitte Druckschrift)

Ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten und der bei mir erhobenen Befunde in der Praxis einverstanden.

Unterschrift

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten und erhobener Befunde an Labor, Hausarzt und ggf. überweisenden Arzt einverstanden.

Unterschrift

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten und erhobener Befunde an weitere in Ihre Behandlung einbezogene Ärzte (z.B. Radiologe, Krebspezialist, Nephrologe etc.), soweit medizinisch sinnvoll und notwendig, und an die Krankenkasse, Behörden, Apotheker etc. einverstanden.

Unterschrift

Ich bin auch damit einverstanden, dass zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung Befunde anderer Ärzte/Krankenhäuser durch die o.g. Ärzte angefordert werden.

Unterschrift

Sie haben sicherlich auch schon einmal länger auf einen Untersuchungstermin bei uns oder anderen Praxen warten müssen. Um so ärgerlicher ist es, wenn von Patienten vereinbarte Termine nicht wahrgenommen werden (z.Zt. ca. 20 Termine pro Woche), die dann nicht an andere Patienten vergeben werden können. Wir halten zudem Geräte und Personal für diese Patienten umsonst bereit. Sollten sie daher einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine Absage spätestens 24 h (bei Koloskopien 36 h) vorher. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen den Termin persönlich in Rechnung zu stellen (nach EBM, das heißt, ein Betrag in der Höhe, den sonst die Krankenkasse bezahlt hätte, ca. 100,- €).

Termine können jederzeit abgesagt werden per E-Mail (terminabsage-gastropraxis@web.de) oder telefonisch.

Ich bin damit einverstanden, dass mir bei Nichtwahrnehmung eines vereinbarten Termins ohne vorherige Absage die Kosten persönlich in Rechnung gestellt werden. Die Höhe der Rechnungssumme orientiert sich daran, was die Krankenkasse für die durchgeführten Untersuchungen bezahlt hätte (laut EBM, ca. 100,- €). Der Rechnungsbetrag wird bei Rechnungstellung innerhalb von 4 Wochen von mir überwiesen.

Unterschrift