

IKK classic		
Name, Vorname des Versicherten Veesser		
Margot	geb. am	05.11.32
Weismannstr. 3A 79117 Freiburg im Breisg		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
107202793	N469500828	5000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
578585600	333301301	24.01.19

<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	1   1   1 Geschlechte W X
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			
Überweisung an Allgemeinmedizin				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Arztwechsel

Befund/Medikation

Auftrag

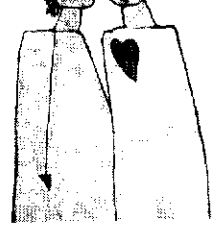
Mit der Bitte um Befundübermittlung. Vielen Dank

Dr. med. Florentin Thum  
Dr. med. Wolfram Reißler  
Fachärzte f. Allgemeinmedizin  
Tropenmedizin  
Möckemattenstr. 23  
79117 Freiburg  
Tel. 0761-633990 Fax 63252  
578585600

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# PRAXIS

DR. THUM & DR. DEIBLER



## Patientenbogen

Name:

geb. am:

Straße:

Telefon:

E-Mail:

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
IKK classic						
Name, Vorname des Versicherten Veeser						
Margot				geb. am 05.11.32		
Weismannstr. 3A 79117 Freiburg im Breisg						
Kassen-Nr. 107202793		Versicherten-Nr. N469500828		Status 5000000		
Vertragsarzt-Nr. 578585600		VK gültig bis 333301301		Datum		

Vorname:

PLZ und Wohnort:

Beruf:

Krankenkasse:

- falls abweichend, Rechnungsempfänger (mit Adresse):

Hiermit erkläre ich, dass meine oben angegebenen Daten stimmen.

Freiburg, den

Unterschrift

☐ Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass mich die Praxis Dres. Thum/ Deibler an regelmäßig wiederkehrende Kontrolltermine\* schriftlich, telefonisch oder per Mail erinnern darf.

(\* Krebs- und Herzkreislaufkontrolle, Hautkrebsvorsorge, Check, Impfungen oder andere vereinbarte Kontrollen wie Blutdruckmessung, Ultraschalluntersuchungen oder bestimmte Laboruntersuchungen)

☒ Ich bin damit einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet und Befunde (z. B. auch Laborwerte) per Fax oder E-Mail an Arztkollegen/innen/ Leistungserbringer oder mich selbst weiter übermittelt bzw. angefordert werden dürfen.

☐ Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den reisemedizinischen Leistungen und werde die anfallenden Kosten (Beratung, Impfleistung) übernehmen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Weiterhin wurde mir ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis zur Einsicht zur Verfügung gestellt.

Freiburg, den

24.01.19

Unterschrift

1.A