

Aufnahmebogen - Einverständniserklärung

Sehr verehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Willkommen in der Praxis und Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie im Gesundheitspark!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen auf dieser und den folgenden Seiten möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit ist dies dringend erforderlich. Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Patientenname: _____, geb. _____

Ausgeübter / früherer Beruf: _____

Versichert bei: _____

Bitte ankreuzen:

- pflichtversichert freiwillig versichert Kostenerstattung
 privat versichert privat zusatzversichert bei: _____

Bei einer privaten Versicherung oder Zusatzversicherung bitten wir im Falle von besonderem Behandlungsaufwand (Implantologie, Plastische und Wiederherstellungs-chirurgie, stationäre Behandlung) um Mitteilung Ihrer speziellen, individuellen Versicherungsbedingungen. Sie können Ihren Versicherungsvertrag mit den Versicherungsbedingungen mit den Empfangsmitarbeiterinnen besprechen. Dies erspart Ihnen und uns nachträgliche Anfragen der Versicherungs-träger.

Erklärung zur Verwendung von Bildmaterial

Im Rahmen der Behandlung ist es i.d.R. erforderlich, dass zur Verlaufs- und Behandlungsdokumentation Bildaufnahmen angefertigt und in digitaler Form gespeichert werden. Da es dem medizinischen Fortschritt dient, erfolgt in Einzelfällen die Verwendung dieses Bildmaterials in Fachveröffentlichungen und Fachvorträgen in nicht anonymisierter und in anonymisierter Form. Sehr seltene Veröffentlichungen in öffentlichen Medien (Informationsbroschüren, Zeitschriften, Film- und Fernseh-darstellung) erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form.

Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass das von mir angefertigte Bildmaterial uneingeschränkt in oben beschriebener Weise veröffentlicht werden darf.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Nennung von Gründen in schriftlicher Form widerrufen werden. Bildmaterial, das zum Zeitpunkt des Widerrufs bereits veröffentlicht ist, oder Bildmaterial, das sich in der Veröffentlichungsvorbereitung befindet, ist von diesem Widerrufsrecht ausdrücklich ausgeschlossen.

Auf Wunsch erhalte ich das gesamte von mir angefertigte Bildmaterial in digitaler Form ausgehändigt.

Schweinfurt, den

Patient/Zahlungspflichtiger/Vertreter

T. Reuther

Priv.-Doz. Dr. Dr. T. Reuther

J. Reuther

Dr. Dr. I. Reuther