

# Anmeldebogen



Dr. med.  
**Ullrich Zschaler**  
FACHPRAXIS  
GASTROENTEROLOGIE  
IN LIPPE

**Patient:**  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Mitglied:**  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift:**  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon / Handy \_\_\_\_\_

**Kranken-  
Kasse:** Name \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

## Änderungen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon / Handy \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_

Ein Arztbrief erfolgt an den überweisenden Arzt. Liegt keine Überweisung vor, wird der Arztbrief an den Patienten versendet.

Anforderungen von Befunden aus meiner Krankenakte durch den überweisenden Arzt, den Hausarzt oder ein behandelndes Krankenhaus sind innerhalb der nächsten 6 Monate freigegeben.  
Diesbezüglich entbinde ich Herrn Dr. med. Ullrich Zschaler von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Als Service bieten wir Ihnen eine Erinnerung an Kontrolltermine (z.B. Vor- und Nachsorge)

Hiermit widerspreche ich einer Zusendung von Arztbriefen an andere Ärzte \_\_\_\_\_

Hiermit widerspreche ich einer Freigabe meiner Krankenakte \_\_\_\_\_

Ich wünsche keine Erinnerung an Kontrolltermine \_\_\_\_\_