

**Глубокоуважаемая пациентка,  
 глубокоуважаемый пациент**

Для того, чтобы мы смогли предложить Вам весь спектр медицинских услуг, заполните, пожалуйста, полностью данную анкету. Спасибо.

Friedrichstraße 180 • 10117 Berlin  
 Telefon: 030 / 886 226 - 0  
 Telefax: 030 / 886 226 - 309  
 E-Mail: info@citypraxen.de  
 www.citypraxen.de

Ваш коллектив клиники

Фамилия / Nachname	Имя / Vorname	Дата рождения / Geburtsdatum
Улица, дом / Straße, Hausnummer	Индекс, город / PLZ, Ort	Страна / Land
Телефон / Telefon	Мобильный телефон / Mobil-Telefon	
Профессия / Занятость Beruf / Tätigkeit	E-Mail (только для передачи личной информации – никакой рекламы) E-Mail (Verwendung nur für persönliche Benachrichtigungen – keine Werbung)	
Мед. страховка / Krankenversicherung № мед. полиса / Versicherungsnummer		

Пожалуйста проинформируйте следующих врачей о мед. заключениях и терапии:  
 Bitte informieren Sie folgende Ärzte über Befunde und Therapie:

Врач / Arzt	Адрес / Anschrift	Телефон / E-Mail / Telefon / E-Mail
-------------	-------------------	-------------------------------------

В случае, если я нахожусь вне доступа, передайте, пожалуйста, всю информацию следующей персоне:  
 Wenn ich nicht erreichbar bin, können Sie in dringenden Fällen folgende Person benachrichtigen:

Фамилия, имя / Name, Vorname	Степень родства / Verwandtschaftsverhältnis	Мобильный телефон / Mobil-Telefon
---------------------------------	--	--------------------------------------

**Указание:**

- Лечение может быть произведено лишь в том случае, если предоставлено действительное заявление о согласии/заявление об отказе от конфиденциальности для расчета гонораров врачей через PVS.
- Ваша больничная касса уведомила Вас о тарифах на мед. обслуживание, некоторых ограничениях и исключениях из списка мед. услуг. Просим обратить Ваше внимание, что врачи CityPraxen<sup>BERLIN</sup> лечат исключительно на платной основе, а их гонорары независимо от этого рассчитываются в соответствии с „Положением о тарифах на мед. услуги для врачей“ и тарифная ставка может возрастать до 3,5 раз.

**Заявление о согласии**

- Я подтверждаю своё согласие на сохранение моих данных, вкл. мед. информацию, в CityPraxen<sup>BERLIN</sup>, как это предусмотрено законом, для применения в целях CityPraxen<sup>BERLIN</sup> и на доступ к этим данным врачей, работающих в CityPraxen<sup>BERLIN</sup>. Отказ возможен только в письменном виде.
- Сообщения, включая мед. заключения, могут быть мне высланы по электронной почте.

Место, дата	Фамилия (печатными буквами)	Подпись
-------------	-----------------------------	---------