

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin

Telefon: 030 / 224 880 04

Telefax: 030 / 224 880 05

E-Mail: info@radio-strahlentherapie.de

www.radio-strahlentherapie.de

**Глубокоуважаемая пациентка,
глубокоуважаемый пациент**

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

Ваш коллектив клиники

Фамилия / Nachname	Имя / Vorname	Дата рождения / Geburtsdatum
Улица, дом / Straße, Hausnummer	Индекс, город / PLZ, Ort	Страна / Land
Телефон / Telefon privat	Мобильный телефон / Telefon mobil	
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	Телефон / E-Mail / Telefon / E-Mail
------------------------------	---	-------------------------------------

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.

Заявление о согласии

- Ваша больничная касса уведомила вас о тарифах на мед. обслуживание, некоторых ограничениях и исключениях из списка мед. услуг. Мне известно и я согласен, что врачебные гонорары рассчитываются в соответствии с „Положением о тарифах на мед. услуги“ (GOÄ) и тарифная ставка может возрасти до 3,5 раз. Сокращения тарифных ставок, принятые в одностороннем порядке вами или вашей страховой компанией не принимаются. Устные соглашения не применяются. Для документов, составленных на двух языках, в случае разночтения действительным является текст на немецком языке.
- Я подтверждаю своё согласие на сохранение моих данных, вкл. мед. информацию, в Центре Радиолучевой Терапии (ЦРТ) как это предусмотрено законом, для её использования в ЦРТ и на доступ к этим данным врачей, работающих в ЦРТ. Отказ возможен только в письменном виде.
- Сообщения, включая мед. заключения, могут быть мне высланы по электронной почте.

Berlin,

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