

Bitte vollständig ausfüllen und Fax an 030 82093-251 senden! Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen.

Stammdatenabfrage

Änderung gültig zum: _____

<input type="checkbox"/>	Neueinsender	<input type="checkbox"/>	Praxisübernahme
<input type="checkbox"/>	Namensänderung/Arztwechsel	<input type="checkbox"/>	Adressänderung
<input type="checkbox"/>	Ausscheiden eines Arztes	<input type="checkbox"/>	neuer Arzt
<input type="checkbox"/>	Elektronische Befundauskunft star.net®	<input type="checkbox"/>	Elektronische Laboranforderung star.net®

Praxisname: _____

Geschäftsführer: _____

Straße: _____ Einsender-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Ansprechpartner: _____

Telefonnr. (ohne AB): _____ Faxnr.: _____

Notfallnummer: _____

BSNR: _____

Praxissoftware: _____

zuständiges Gesundheitsamt: _____

E-Mail: _____

 Abnahmesystem: Sarstedt Vacutainer

 Einzelpraxis: Ja Nein

 MVZ/BAG/ÜBAG/Gemeinschaftspraxis: Ja Nein

 Praxisgemeinschaft: Ja Nein

Sprechzeiten

Mo.: _____

Di.: _____

Mi.: _____

Do.: _____

Fr.: _____

 Bei **Praxisübernahme:**

Die Befunde in star.net (wenn vorhanden) sollen gelöscht werden.

(Bei fehlender Antwort bleiben die Daten bestehen)

Angaben zu Ärzten/Innen:

 Titel, Vorname, Name LANR

 Titel, Vorname, Name LANR

 Titel, Vorname, Name LANR

 Titel, Vorname, Name LANR

 Titel, Vorname, Name LANR

 Titel, Vorname, Name LANR

Inhaber/in	Angestellte/r	ausgeschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaber/in	Angestellte/r	ausgeschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaber/in	Angestellte/r	ausgeschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaber/in	Angestellte/r	ausgeschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhaber/in	Angestellte/r	ausgeschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einwilligung zur Datennutzung (bitte zwingend ausfüllen)

Ich bin mit der Speicherung meiner Praxisdaten einverstanden für:

- die Verwaltung der Kontaktaufnahme
- die Verwaltung der Patientenanforderungen
- die Rechnungsstellung
- dem Versand von Laborinfos, Newsletter, Einladungen

JA **NEIN**

-
- Ich bin darüber informiert worden, dass ich die
-
- Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

 Datum, Praxisstempel und Unterschrift