



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

Inhaber/in Angestellte/r ausgeschieden

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