

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

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**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

 Datum, Praxisstempel und Unterschrift