

Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH  
Verwaltungsgebäude F  
Westhafenstr. 1  
13353 Berlin

per E-Mail: [koordination@ambulanzpartner.de](mailto:koordination@ambulanzpartner.de)  
per Fax: 030-20164002

### **Registrierung als Angehöriger eines Patienten**

*zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals*

Ich bin Angehöriger des unten genannten Patienten, der das Versorgungsmanagement durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH und die Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals in Anspruch nimmt. Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Patienten, die Leistungsbeschreibung und die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und möchte mich zur Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals registrieren.

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Patienten \_\_\_\_\_

Angehöriger  Frau  Herr

Beziehung zum Patienten  Ehepartner(in);  Lebenspartner(in);  Freund(in)  
 Vorsorgebevollmächtigte(r);  gesetzliche(r) Betreuer(in)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Name des Angehörigen \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Postadresse \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Unterschrift des Angehörigen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Nach dem Eingang dieser unterzeichneten Registrierung erhält der Nutzer von der Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH eine E-Mail mit einem Registrierungslink für die Software des Ambulanzpartner Versorgungsportals. Die Vergabe von Benutzernamen und Passwort erfolgt durch den Nutzer selbst.