

Patienten-Anmeldebogen

Name: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung: _____

Tarif:

Privatversicherung

Standardtarif der Privatversicherung

Basistarif der Privatversicherung

Beihilfe

KVB I-III

KVB IV

Post B

(in diesen beiden Fällen sind Sie von Ihrer Krankenkasse vertraglich gebeten worden, uns eine Bescheinigung vorzulegen)

Befundbericht für den Hausarzt ja

nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Rechnungen werden in der Regel zum Ende eines Monats erstellt.

Speziell für Beihilfepatienten:

die Gebührenberechnung für die ärztlichen Leistungen richtet sich für den Arzt nach den Grundlagen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Es handelt sich dabei um eine Rechtsverordnung. Die Beihilfeverordnung weicht durch eigene gesetzliche Bestimmungen in der Erstattungsphase hiervon hin und wieder ab.

1. Die Beihilfestellen sind keine Krankenkassen. Sie gewähren nur eine Beihilfe zur Liquidation, aber keine 100%ige Erstattung.

2. Auf Anweisung des zuständigen Ministeriums können diese Behörden gewisse GOÄ-Positionen für nicht „beihilfefähig“ erklären bzw. Behandlungsabläufe in der nach GOÄ festgelegten Abrechnungsfolge nicht oder nur teilweise bezuschussen oder von der Erfüllung gewisser Kriterien abhängig machen.

Wir von unserer Seite unterstützen Sie insofern, als wir alle Auflagen zur Rechnungserstellung erfüllen, wie sie in der aktuellen GOÄ festgelegt sind. Sollte für Sie gleichwohl ein höherer Selbstbehalt als erwartet verbleiben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass der Differenzbetrag von Ihnen persönlich zu tragen ist. Bitte sprechen Sie ggf. auch Ihren Versicherungsagenten an, ob durch eine Zusatzversicherung eine verbesserte Absicherung entstehen kann.

Die vorstehende Information habe ich zur Kenntnis genommen und bin darüber informiert, einen Differenzbetrag zwischen der Erstattung durch den Dienstherrn und dem Rechnungsbetrag selbst tragen zu müssen.

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Unterschrift: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft in: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für den behandelnden Arzt ist es sehr wichtig zu wissen, welche Untersuchungen bei Ihnen bereits durchgeführt wurden und welche Befunde sich ergaben. Hierdurch lassen sich Doppeluntersuchungen vermeiden und der behandelnde Arzt kann zusammen mit Ihnen die für Sie optimale Diagnostik und Behandlung festlegen.

Sie erlauben uns mit Ihrer Unterschrift, dass alle Mitarbeiter dieser Praxis intern Ihre Daten einsehen können. Gleichwohl halten wir die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz ein und geben Informationen nur weiter, wenn Sie uns dies gestatten. Von allen Mitarbeitern dieser Praxis wird ansonsten die Schweigepflicht gegenüber Dritten eingehalten.

Ich erkläre mich daher ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Richter, Rütterscheider Str. 16 in 45128 Essen:

- Arztbriefe und Befunde meiner Behandlungen vom überweisenden Ärztin / Arzt / Praxis (Name u. Anschrift) _____ anfordern, einsehen, verarbeiten und nutzen als auch nach der Behandlung an diese(n) übermitteln darf.
- Arztbriefe und Befunde / elektron. Patientenakte meiner ambulanten/stationären Behandlung im _____ (Name der Einrichtung) anfordern, einsehen, verarbeiten und nutzen darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich ggfls. per Brief, Telefon, Email oder SMS an zukünftige Termine erinnert werde.
- Dritte dürfen meine Rezepte, Überweisungen u.ä. abholen, wenn sie einen Identitätsausweis von mir vorlegen, z.B. die Krankenversicherungskarte o.ä.

Die von mir erhobenen Befunde dürfen auch an die zuweisenden und mit- und weiterbehandelnden Ärzte übermittelt werden.

Laboruntersuchungen werden von uns regelhaft im MVZ Labor EVELD & Kollegen und Ärztliche Praxislaboratorien Essen GbR, Nienkampstr. 1 in 45326 Essen durchgeführt und bei Bedarf an ein spezialisiertes Labor und ggfl. zur Rechnungslegung weitergeleitet. Falls für Selbstzahler zutreffend, lautet die Verrechnungsstelle OMLAB GmbH, Nienkampstr. 1, 45326 Essen.

Ich kann dieses Einverständnis gem. § 73 Abs. 1b SGB V jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen.

Die *Patienteninformation zum Datenschutz* neben dem Durchgang zum Wartezimmer habe ich zur Kenntnis nehmen können.

Datum: _____

Unterschrift _____