

PATIENTEN-AUFNAHMEBOGEN

Orthopädische Privatpraxis Dr. med. Christian Maier

Datum: ____ / ____ / ____

Personendaten

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ **Telefon:** _____

E-Mail:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort: _____ -

Land: _____

Versicherungsstatus / Kostenträger

Name der Versicherung _____

Privat versichert Beihilfeberechtigt Selbstzahler Gesetzlich

Kommunikation per E-Mail erlaubt ; **Ich möchte Rechnungen per E-Mail erhalten**

Ich lade die PatMed App zur Kommunikation **QR-Code**

Abrechnung / Ausfallhonorar

- Mir ist bekannt, dass die Behandlung in dieser Praxis **nach GOÄ** (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet wird.
- Mir ist bekannt, dass **nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine** (No-Show/kurzfristige Absage) **als Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden können**, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und nehme die Hinweise zur Kenntnis.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzl. Vertretung): _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name _____

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis **Dr.med. Christian Maier** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters _____