



Anamnesebogen

Name / Anschrift

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Festnetznummer _____ Mobilfunknummer _____

E-Mail _____

Bisheriger Hausarzt _____

Wollen Sie den Hausarzt wechseln? ja nein vielleicht

Name der Krankenkasse / Tarif _____

Persönliche Angaben

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Beruf / Ausbildung _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Kinder _____

Raucher nein, ja seit ____ Jahren ____ Zigaretten / Tag

Treiben Sie Sport nein ja _____

Organspendeausweis vorhanden ja nein

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? nein ja – Betreuer _____

Pflegegrad nein ja _____

Grad der Behinderung nein ja _____

Welche Erkrankungen haben / hatten Sie? Allergien?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Vater / Mutter / Geschwister)?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	nachts

Welche Operationen wurden durchgeführt?

_____	Jahr _____

Wissen Sie **wirklich**, wie es um Ihre Gesundheit steht?

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse haben Sie ab dem 35. Lebensjahr alle 3 Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung zur **Feststellung Ihres allgemeinen Gesundheits- und Fitnesszustands** (Check up 35).

Bei der Gesundheitsvorsorge der **gesetzlichen Krankenkassen** handelt es sich um einen **Minimal-Check**, der nach dem Prinzip „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig“ handelt und **nur bedingt aussagekräftig** ist.

Insbesondere die Untersuchungen, die helfen **erste Anzeichen lebensbedrohlicher Erkrankungen**, wie z.B. **Schlaganfall und Herzinfarkt** zu erkennen, werden bei der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung nur unzureichend berücksichtigt

Damit Sie wissen, wie es um Ihre Gesundheit wirklich steht, bietet **unsere Praxis** zusätzliche **aussagekräftige Vorsorgeuntersuchungen** für Selbstzahler an.

UNSERE OPTIONALEN VORSORGELEISTUNGEN

Erweiterter Gesundheits-Check up

Damit Sie wissen, wie es **wirklich** um Ihre Gesundheit steht, bietet unsere Praxis zusätzliche aussagekräftige Vorsorgeuntersuchungen für Selbstzahler als **Check up Plus** an.

Hierzu gehören *Ergänzungs- Herz- und/ oder Labor-Check up sowie EKG- und Ultraschall-Untersuchungen*. Diese **sinnvolle und wichtige Ergänzung** der gesetzlichen Untersuchung bieten wir Ihnen als Selbstzahlerleistung für 149 € an.

Das interessiert mich: Ja Nein

Wissen Sie, wie Ihr Herz auf Belastung reagiert?

Das EKG gehört zum Standard bei der Diagnose von Herz-Erkrankungen. Ein Belastungs-EKG auf dem Fahrrad-Ergometer zeigt auch noch die Reaktionsfähigkeit des Herzens auf Belastungen. Diese sinnvolle und wenig aufwendige Art der Untersuchung bieten wir Ihnen als Selbstzahlerleistung an.

Das interessiert mich: Ja Nein

Krankheiten warten keine 3 Jahre ...

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt Vorsorgeuntersuchungen ab dem 35. Lebensjahr im Abstand von jeweils drei Jahren. **Weil Krankheiten sich aber nicht an gesetzliche Regeln halten, ist es bei Erwachsenen notwendig, sich einmal jährlich durchchecken zu lassen**. Diesen Check up bieten wir Ihnen als Selbstzahlerleistung für 299 Euro – und für Ihre Gesundheit - an.

Das interessiert mich: Ja Nein

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage - Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen zu haben.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet auf Empfehlung Zeitung

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?

Zusatzinformationen

- Ich möchte Befunde / Informationen auf digitalem Wege erhalten
 per E-Mail per SMS / Whatsapp
- Ich möchte auf Termine hingewiesen werden
 per E-Mail per SMS / Whatsapp mündlich / telefonisch
- Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch, wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Wir sind eine Terminpraxis und bitte stets einen Termin auszumachen! Behandlungen ohne Termin sind nur in Notfällen möglich

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Nur für Privatpatienten - Einwilligungserklärung PVS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung (Büdingen Med), Gymnasiumstraße 18–20, 63654 Büdingen, übernimmt für uns die Erstellung der Honorarabrechnung und die damit verbundenen Tätigkeiten. Aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DS-GVO) bitten wir Sie daher um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der Ihnen vorliegenden Patienteneinwilligung. Die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH ist ein Dienstleister für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte. Sie steht unter ärztlicher Gesamtleitung und unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht sowie des Datenschutzes. Büdingen Med gewährleistet die korrekte Abrechnung des Honorars und erteilt Ihnen gerne alle gewünschten Auskünfte im Zusammenhang mit der Rechnung. Bei Erstattungsproblemen unterstützt Sie Büdingen Med gegenüber Ihrer Krankenkasse, Versicherung oder anderen Kostenträgern.

INFORMATIONEN ZU IHREN DATEN IM ÜBERBLICK:

DATEN: Alle Patientendaten, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe. **ZWECK:** Die Verarbeitung Ihrer Daten dient zur Erstellung der Honorarrechnung. Dies umfasst die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung sowie den Druck und Versand. **WEITERGABE:** An Ihre private Krankenversicherung über die PADline GmbH, Stadtkoppel 45–49 in 21337 Lüneburg. Über PADline erfolgt eine verschlüsselte Bereitstellung Ihrer Rechnungsdaten zum Zwecke der elektronischen Weiterverarbeitung. Diese können von Ihrer Versicherung nur mithilfe der ein- gereichten Rechnung abgerufen werden. An die DATEV eG in 90329 Nürnberg zwecks Ausdruck und Versand der Rechnungen. **RECHTSGRUNDLAGE:** Zur Verarbeitung Ihrer Daten ist Ihre Einwilligung erforderlich. **BESCHWERDERECHT:** Dieses Recht steht Ihnen zu und kann über die zuständige Aufsichtsbehörde geltend gemacht werden. **BÜDINGEN MED** Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH Gymnasiumstraße 18 –20 63654 Büdingen **DATENLÖSCHUNG:** Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist beträgt ab Rechnungsdatum (inkl. Korrespondenz) zehn Jahre. Die Datenlöschung erfolgt nach Ablauf dieser Frist automatisch. **WIDERRUFSRECHT:** Die Behandlung ist nicht von dieser Einwilligung abhängig. Diese ist mit sofortiger Wirkung widerrufbar oder aber einzelne Behandlungsfälle können davon ausgenommen werden. **DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER:** Haben Sie Fragen über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten? Gerne steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte der Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen e. V. zur Verfügung. Kontakt: Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen e. V., Betrieblicher Datenschutzbeauftragter, Gymnasiumstraße 18–20, 63654 Büdingen, dsb@buedingen-intra.de **AUFSICHTSBEHÖRDE:** Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden, poststelle@datenschutz.hessen.de

Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe unter den in der Patienteninformation (Med1) genannten Bedingungen sowie mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung (Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH Gymnasiumstraße 18 –20 63654 Büdingen). Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich nach Unterzeichnung erhalten. Die Patienteninformation (Med1) wurde mir vor Unterzeichnung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen, verstanden und bestätige den Erhalt mit meiner Unterschrift.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Nur für Privatpatienten / Selbstzahlerleistungen - BEHANDLUNGSVERTRAG

ABRECHNUNGSHINWEISE entnehmen Sie bitte der Seite 7 dieses Behandlungsvertrages

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Rechtsgrundlagen der Abrechnung

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für Analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz.

Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührenziffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden. **Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.** Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerhebliche finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vorneherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage zur ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen: **Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten* und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird.**

Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt nach der Leistungserbringung ein **Honoraranspruch**, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erteilung zur Zahlung fällig. Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber den privaten Kostenträgern, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip der GKV) abhängig ist. **Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV /GKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 – III ZR 117/06).** Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen. **Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.**

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben: * Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Ihr Anspruch auf medizinische Versorgung durch Vertragsärzte bei Vorlage der Krankenversicherungskarte sichergestellt. Für Privatärzte gilt diese Regelung nicht. Deshalb müssen Sie Ihren Entschluss, sich auf eigene Kosten privatärztlich behandeln zu lassen, durch eine schriftliche Vereinbarung mit Ihrem Arzt bestätigen (vgl. § 18 BMV-Ä). ** Gesetzlich Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, gelten als Privatpatienten und erhalten eine Rechnung nach der GOÄ. Auch sie müssen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung mit Ihrem Arzt abschließen.

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.
- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen
- Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der

Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.

WICHTIGER HINWEIS FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE: Seit 01.01.2007 gelten wesentliche Änderungen im Beihilferecht. Verordnungsfähige, aber nicht verordnungspflichtige Medikamente sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr beihilfefähig.

Patienteninformationen zum Datenschutz

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung / Datenschutzbeauftragter ist: Dr. Daniel Mauch, Meichelbeckstr. 7, 87616 Marktoberdorf, 08342 / 918 04 80, info@hausarzt-mod.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärzte-kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam