

## Patienten-Bogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können mir die Arbeit erleichtern, indem Sie mir vorab folgende Informationen geben:

Name  Vorname   
Straße, Nr.  PLZ, Wohnort   
Telefon   
E-Mail  Geburtsdatum

Versicherung:  privat  gesetzlich  Zusatzversicherung  Beihilfe  Beruf

Wo sind Ihre derzeitigen Beschwerden?

Wann sind diese erstmals aufgetreten?

Welche Medikamente nehmen Sie momentan oder regelmäßig ein?

Operationen:

Unfälle:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

- |                                              |                                                |                                            |                                    |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Gefäße | <input type="checkbox"/> Ischialgie        | <input type="checkbox"/> Tumor     |
| <input type="checkbox"/> Arthrosen           | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme   | <input type="checkbox"/> Leber-Gallenblase | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose         | <input type="checkbox"/> Atemwegssystem        | <input type="checkbox"/> Venenleiden       | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz         | <input type="checkbox"/> Hepatitis             |                                            |                                    |

### Sie werden hiermit darüber informiert,

- dass die von Ihnen gewünschten Leistungen von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden
- dass die private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt
- dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt in voller Höhe von Ihnen zu begleichen sind.
- dass ab der 2. Mahnung das Mahnverfahren durch einen Anwalt/in erfolgt und dadurch höhere Kosten entstehen

**Bestätigung des Patienten:**

Durch meine Unterschrift wird die Datenschutzerklärung des Behandlungsvertrags Bestandteil der Vereinbarung. Ich bin einverstanden und **willige explizit ein**, dass meine personenbezogenen Daten zur Abwicklung, Anbahnung und Durchführung des Vertragsverhältnisses gespeichert und genutzt werden, und dass meine Gesundheitsdaten zur Durchführung der Behandlung zu Diagnose und Therapie gespeichert und genutzt werden. Ich willige ein, dass sie auch dann aufbewahrt werden, wenn ich nicht mehr Patient der Praxis bin nach Maßgabe der gesetzlichen Aufbewahrungsvorschriften. Mir ist klar, dass eine Weitergabe dieser Daten nicht stattfindet, außer mit den im Behandlungsvertrag aufgezählten Ausnahmen, nämlich Weitergabe an die Justizbehörden, Buchhaltungsdienstleister, Steuerberater und Rechtsanwälte. (ggf. auch Labore und andere Ärzte und Heilpraktiker, soweit dies im Therapieplan und Therapiekonzept erforderlich ist).

Durch meine Unterschrift stimme ich zu, dass ich Rechnungen per E-Mail erhalten darf.

Hinweis: Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie mich bitte 24 Std. vorher – ansonsten muss ich Ihnen diesen leider in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum

Unterschrift