

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
e-mail	Telefon privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt	Krankenkasse

Besuchsgrund:

Gewicht in kg: Körpergröße in cm: Rauchen Sie? Nein Ja Zigaretten/Tag:

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? Nein Ja

Welche?

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung? regelmäßig unregelmäßig

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wie lang ist Ihr Zyklus? kürzer 24 Tage 26 T 28 T 30 T 32 T länger

Wie lange dauert die Blutung? Tage

Schwangerschaften und Geburten

Jahr	♀	vaginale Geburt	Zange	Saugglocke	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	EUG*	Abbruch
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* EUG = Eileiterschwangerschaft

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? Nein Ja

Wann und welche?

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Nein Ja

Wann? Welche?

Hatten Sie andere Operationen? Nein Ja

Wann? Welche?

Wer war Ihr letzter Frauenarzt?

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?

Wann wurde die letzte

Mammographie und der letzte Brustultraschall durchgeführt?

Wurde die HPV-Impfung (gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? Nein Ja Wann? Vollständig

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein Ja Wann?

Mit welcher Methode verhüten Sie und seit wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Welche?

Nehmen Sie Hormone ein? Nein Ja

Welche und seit wann?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Sonstige: | |
-

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied?

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten? Nein Ja

Welche und bei welchem Familienmitglied?

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? Hausarzt Dr. Von Bekannten

Internet Zufällig sonstiges

Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? Nein Ja

Kontakt gewünscht über Doctolib e-mail Post

Falls nötig, bin ich damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden. Ja Nein

Die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ingolstadt,

.....
Datum

.....
Unterschrift Patientin

.....
ggf Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Behandlungsvertrag



Zwischen Frau

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Telefon privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kostenträger	Tarif

Versicherungsnehmer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort

und

HANISCH & MIELICH · Praxis für Frauengesundheit
Inh. Dr. med. Evelyn Hanisch und Dr. med. Eva Mielich
Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Donaustrasse 8 · 85049 Ingolstadt

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Die Ärztinnen der HANISCH & MIELICH · Praxis für Frauengesundheit übernehmen ab sofort die privatärztliche Behandlung der o.g. Patientin. Sie erbringen die privatärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihnen beauftragten Vertreter.

Die Honorarrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Die Vertragspartnerin (Patientin) verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe der Behandlungskosten selbst zu tragen. Der Vertragspartnerin ist bekannt, dass sie zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist unabhängig von ihren Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfe oder sonstigen Kostenträger. Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und der Vertragspartnerin (Patientin), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen).

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichtet sich die Vertragspartnerin, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen.

Die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ingolstadt,
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. Unterschriftsberechtigten

Hinweis für Kassenpatienten, Basis- und Standard-Tarif-Versicherte

Mir ist bekannt, dass ich für meine privatärztliche Behandlung durch die HANISCH & MIELICH · Praxis für Frauengesundheit anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung die privatärztliche Behandlung als Selbstzahler wähle. Ich verpflichte mich, die hier anfallende ärztliche Honorarrechnung zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. nur in dem Umfang besteht, den die Krankenkasse als Sachleistung zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB aufgeklärt worden zu sein, dass es sich um eine rein privatärztliche Behandlung handelt. Eine Abrechnung vonseiten des Arztes mit einer gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht möglich. Es ist mir ebenfalls bekannt, dass mir u.U. ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

Ingolstadt,
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. Unterschriftsberechtigten

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Patient/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon / Mobilrufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ/Wohnort

Versicherung

gesetzlicher Vertreter bzw. abweichender Rechnungsempfänger: (falls erforderlich)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon / Mobilrufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ/Wohnort

Zusatzklärung bei minderjährigen Patienten:

Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der untenstehende Leistungserbringer

- zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg (im Folgenden „Verrechnungsstelle“)

Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.

- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die **unten stehenden Informationen zum Datenschutz** gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Stempel Leistungserbringer

Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die vorstehend abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Anderenfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brand-Platz 20 - 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 98478 301 - eMail: datenschutz@verrechnungsstelle.de

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle