

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

herzlich Willkommen in meiner Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden.

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen zu können, bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an meine Mitarbeiter/innen.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Telefonnummer privat: _____ geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____

Email: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

- Mitglied
- Familienmitglied
- Rentner/Pensionär

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: _____

Telefonnr.: _____

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: _____

Kinder:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Arbeitgeber: _____

Familienstand: _____

Schweigepflichtentbindung

Für Angehörige und nahestehende Personen:

Um Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch hier Ihre schriftliche Einwilligung.

Hiermit entbinde ich _____ geboren am _____._____

Herrn Dr. med. Löffler, sowie das Praxisteam, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen:

<u>Name</u>	<u>Verwandtschaftsgrad</u>	<u>Telefonnummer</u>
-------------	----------------------------	----------------------

1. _____

2. _____

3. _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung, im Gegenteil.

Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung. Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, welchen wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige schon bei Ihnen bekannte Erkrankungen:

Sonstige Erkrankungen:

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN !

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen.

Nennen Sie bitte auch Medikamente wie z.B. die Pille, oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament: Name, Wirkstoffmenge (mg)	Einnahmezeit Morgens	Einnahmezeit Mittags	Einnahmezeit Abends	Einnahmezeit Nachts
--	-------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------

Ich, _____ geboren am _____,

bin Mitglied der folgenden Krankenkasse: _____

Versicherten-Nummer: _____

Ich möchte von Herrn Dr. med. Bernd-Michael Löffler, ärztlich beraten und behandelt werden und zwar zu folgendem Behandlungskomplex:

Beschreibung

(Um was geht es bei Ihnen)

Information

(z.B. bestehende Therapien; Medikationen oder sonstiges)

Hinweise

(Was ist Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig?)

Ich erkläre dazu, dass es mein Wunsch ist, von der Praxis die vorgenannten Leistungen auf privater Abrechnungsbasis zu erhalten.

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meiner behandelnden Ärzte zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vielmehr folgender Sachverhalt (zutreffendes bitte ankreuzen)

 nächste Seite

- Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.
- Die von mir gewünschte Behandlung, wird von meinem behandelnden Arzt /meiner behandelnden Ärztin aus praxisbedingten Gründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht angeboten.
- Die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen jedoch nach Aussage meines Arztes / meiner Ärztin keine ausreichende Behandlung.
- Die von mir gewünschte Behandlung, ist nicht (zwingend) notwendig im Sinne des Gesetzes (§ 12 SGB V). Dies ist mir anhand des Gesetzestextes von meinem Arzt/ meiner Ärztin erläutert worden. Der Gesetzestext ist mir bekannt.
- Die von mir gewünschte Behandlung, ist zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche aber aus privaten Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Mir ist bewusst, dass die Krankenkasse die Kosten, die für die verlangten privatärztlichen Behandlungen anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierüber bin ich von meinem Arzt/ meiner Ärztin umfassend aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, welche für die gewünschte privatärztliche Behandlung anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnet werden (Steigerungssatz 2,3).

Abschließend erkläre ich, dass ich in Kenntnis des Vorgenannten, auf jeden Fall die private Behandlung auf der Grundlage dieser Vereinbarung wünsche. Gleichzeitig erkläre ich, dass keine Umstände vorliegen, welche eine freie Willensentscheidung beeinträchtigen können.

Zusätzlich bestätige ich, dass sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungsbringern, z.B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, von mir in vollem Umfang übernommen werden.

Im Hinblick auf die Leistungserbringung durch dritte (Labor, Laborarzt, Apotheke, usw.), bin ich mit der Inrechnungstellung eines Vorschusses auf das zu erwartende Honorar einverstanden. Den Honorarvorschuss, werde ich unverzüglich anweisen.

Honorarvereinbarung

Folgende Leistungen werden jeweils mit dem vereinbarten Betrag vergütet und gelten als vereinbart:

GOÄ-Nummer	Leistung	Steigerungssatz	vereinbarter Betrag
30	Homöopath. Erstanamnese	3,5	183,60€
31	Homöopath. Folgeanamnese	3,5	91,80€
33	Patientenschulung	3,5	61,20€
OBML	Individuelle med. Beratung	1,0	244,80€
860	Biographische Anamnese	3,5	187,69€
646	Hypoxie Test	1,8	63,47€
614	für die transcutane Messung des Sauerstoffpartialdrucks	1,8	15,74€
56	Verweilgebühr	1,8	18,89€
1	Beratung, Rezept/Bestellung	2,3	10,72€

Die vorstehenden Gebührensätze bestätige ich hiermit:

Ort Datum

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Nichtwahrnehmung von vereinbarten Terminen ohne ausreichende vorherige Entschuldigung bzw. Terminabsage durch mich, zu einem Mehraufwand in der Praxis führt. Ich bin daher einverstanden im Falle das:

ein vereinbarter Termin, ohne eine mindestens 24h vorher erfolgte Absage durch mich, von mir nicht wahrgenommen wird und der hierdurch entstehende Mehraufwand mit einem Betrag in Höhe von 250 € mir in Rechnung gestellt wird. Eine Zahlung dieses Betrages sage ich ausdrücklich zu

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses
Behandlungsvertrages.

Die Behandlung beginnt nach der Unterzeichnung dieser Vereinbarung.

Ort Datum

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Abrechnungshinweise

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie für konventionelle, innovative und ganzheitliche Behandlungsmethoden

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.1996 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 3,5-fachem Satz.

Da derzeit für viele z.T. neue und /oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührensiffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie 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 bemessungsgrenzen der gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerheblich finanzielle Belastungen zur Folge haben. Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vorneherein auszuschließen, möchten wir Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlungen und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Durch die Inanspruchnahme des Arztes/ der Ärztin, kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient/in und Arzt/ Ärztin zustande, welcher auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten* und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird.

Aus diesem Behandlungsvertrag, entsteht dem Arzt/ der Ärztin ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes/ der Ärztin, ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/(GKV). Diese darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben.

Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV, seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

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 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.

Ihr Praxisteam

Ihr Dr. med. Bernd-Michael Löffler

Erläuterung und Erklärung zur E-Mail-Kommunikation mit der Praxis Dr. med. Bernd Michael Löffler

Die Verschwiegenheitspflicht des Arztes, stellt eine der Grundvoraussetzung für das Arzt-Patientenverhältnis dar und ist ausdrücklich auch ein der Berufsordnung (§9 der Berufsordnung der Landesärztekammer Berlin) geregelt und nach § 203 Abs. 1 Nr. 3 StGB als Rechtsgut strafrechtlich geschützt.

Im Rahmen der unverschlüsselten elektronischen Kommunikation zwischen Patient/in und Arzt, besteht die Möglichkeit, dass übersandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden können. Es besteht zudem die Gefahr, dass sensible Daten und Befunde Dritten bekannt werden.

Der/Die Patient/in akzeptiert in Kenntnis der vorstehenden Gefahren ausdrücklich die Übermittlung von Daten per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und gibt hierzu folgende Erklärung ab:

Erklärung

Ich, _____ geboren am _____._____._____ habe die o.g. Hinweise zur Kenntnis genommen und stimme, für die Kommunikation per E-Mail, der unverschlüsselten Datenübermittlung meiner persönlichen Daten, sowie der Übermittlung von befunden, Arztbriefen und sonstigen, im Rahmen der Behandlung erlangten Unterlagen (Laborergebnisse usw.) zu.

Die Zustimmung gilt für sämtliche E-Mails, die an meine E-Mail-Adresse:

_____@_____
(E-Mail-Adresse)

gesandt werden, solange ihr Widerruf der Praxis Dr. med. Bernd-Michael Löffler nicht angezeigt worden ist.

Ort Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in