

Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten und Patienten die länger nicht in unserer Praxis zur Behandlung waren.

Patient

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

PLZ _____ Wohnort _____

Straße _____

Telefon privat _____

Telefon dienstlich _____

Handy Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Krankenvers./Kasse _____

Bitte immer angeben

Beihilfeberechtigt ja / nein
(z.B. Zusatzversicherung bei Beamten)

Versicherter

bei minderjährigen Patienten bitte auszufüllen:

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

PLZ _____ Wohnort _____

Straße _____

Telefon privat _____

Telefon dienstlich _____

Handy Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Krankenvers./Kasse _____

Bitte immer angeben

Beihilfeberechtigt: ja / nein
(z. B. Zusatzversicherung bei Beamten)

Wir übersenden Ihnen – sollten Sie keinen zeitnahen Folgetermin in der Praxis haben – Befundberichte von Labor-, histologischen- und Darmcheckuntersuchungen etc. per Post zu. **Wenn Sie dies nicht wünschen kreuzen Sie dies hier bitte an:** (Haben Sie bitte Verständnis, dass wir für Ausnahmefälle auch Ihre Einwilligung benötigen)

Einverständniserklärung bezüglich meiner persönlichen Daten

Wie Sie sicher wissen, unterliegen alle Patientendaten der ärztlichen Schweigepflicht. Damit wir mehr Zeit für Ihre Untersuchung und Behandlung haben, versuchen wir durch Wege moderner Arbeitsteilung den Zeitaufwand für die Praxisverwaltung soweit wie möglich zu reduzieren. Deshalb werden wir

- ➔ Ihre persönlichen Daten in der praxisinternen EDV speichern.
- ➔ Erforderliche Laboruntersuchungen, die nicht in der Praxis durchgeführt werden können, werden an Fremdlabore weitergegeben.
- ➔ Ihren Befundbericht im eigenen Schreibbüro schreiben lassen.
- ➔ Bei Ausbleiben der Zahlung unserer Honorarforderung werden wir Ihre abrechnungsrelevanten Daten an die Creditreform zum Einzug übergeben.

Die Mitarbeiter/innen der Praxis, der Fremdlabore, des Schreibbüros und der Creditreform sind vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich habe das Vorstehende aufmerksam gelesen und bin damit einverstanden.

Datum

Unterschrift

Zusätzliche Erklärung von gesetzlich versicherten Patienten. Bitte ausfüllen.

Ich wünsche für mich / für mein Kind
die private und persönliche Beratung, Untersuchung bzw. Behandlung durch Herrn Dr. med. Thomas Führer oder eine/einen ärztliche (n) Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Praxis Dr. Führer.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich für alle Beratungs- und Behandlungsleistungen eine privatärztliche Rechnung erhalte.

Datum

Unterschrift

Erklärung für neu in Behandlung tretende Patienten und Patienten die länger nicht in unserer Praxis in Behandlung waren.

Nachfolgend erhalten Sie Infos über Leistungen und Tarif, sowie Rechnungen Dritter.

Leistungen und Tarif

Mein Arzt wird die für meine Behandlung medizinische notwendigen und sinnvollen Maßnahmen und Leistungen auswählen. Es kann sein, dass dabei auch Leistungen zur Anwendung kommen, die durch meine Krankenkasse/Beihilfestelle nicht bezahlt werden, da sie durch meinen Tarif nicht abgedeckt werden. Ich bin darüber informiert und verpflichte mich, auch diese Leistungen zu bezahlen. Dies gilt insbesondere für Bescheinigungen und Kostenvoranschläge zur Vorlage bei den Krankenkassen/Versicherungen/Beihilfe und Rezepten.

Der gesetzliche Forderungsübergang nach § 67 I S.1 VVG und eine Abtretung meiner Ansprüche auf meine private Krankenversicherung ist ausgeschlossen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungskosten nach Maßgabe der Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung persönlich verpflichtet bin, unabhängig davon, ob Versicherung und/oder Beihilfestellen diese ganz/teilweise oder nicht übernehmen.

Rechnung Dritter

Ich bin darüber informiert worden, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeprobe, Röntgen usw.), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, Rechnungen anderer Ärzte / Labore erhalte. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Meine Behandlungen und alle notwendigen medizinischen Maßnahmen – einschließlich der Aufklärungen über eben diese Maßnahmen – erfolgen durch: Herrn Dr. med. Thomas Führer oder eine/einen ärztliche(n) Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Praxis Dr. Führer.

Ich habe die Erklärungen dieser Seite gelesen und verstanden. Fragen die ich dazu hatte, sind mir beantwortet worden.

Gießen, den _____

Unterschrift: _____

**Liebe Patientin, lieber Patient,
wenn Sie eine Kopie für Ihre Unterlagen von diesem Dokument wünschen, wird Ihnen dies nach Abspeicherung in Ihrer Patientenakte – durch eine Mitarbeiterin – gerne ausgehändigt.**

Patientenfragebogen zur Anamnese

Seite 3 von 3

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich bitte Sie, zu unserer Information die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere medizinische Fachangestellte.

<p>Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Vorerkrankungen, z. B. <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Defibrillator <input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Ohnmacht- oder Krampfanfälle</p> <p><input type="checkbox"/> Blutdruckbeschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)</p> <p><input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Leberkrankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Malignes Melanom (<input type="checkbox"/> selbst / <input type="checkbox"/> Familienangehörige)</p> <p>Mit welchen Beschwerden / welchem Anliegen kommen Sie zu uns?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Auch Blutverdünner (z. B. Marcumar, Aspirin, ASS, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? _____</p> <p>_____</p>	<p>Bestehen Allergien? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Besitzen Sie einen Allergieausweis?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Hatten Sie schon mal allergische Reaktionen, bzw. Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Betäubungs- und Narkosemitteln?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Wurde schon mal eine Hautkrebsvorsorge-Untersuchung durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, wann? _____</p> <p>Sonstige Mitteilungen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.</p> <p>Datum: _____</p> <p>Unterschrift: _____</p>
---	--