



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einigen Angaben unsicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens.

PATIENTENANGABEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon Festnetz _____ Telefon Mobil _____

Email _____

Hausarzt _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Bei Privat versichertern minderjährigen Patienten: Name und ggf. Anschrift des Hauptversicherten _____

Zur Zeit ausgeübter Beruf _____

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____ JA NEIN Sind Sie schwanger? _____ Wenn ja, in welchem Monat? _____

Hatten Sie orthopädische Operationen? Wenn ja, bitte nach Möglichkeit mit Angabe der Jahreszahl _____

Wichtige Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente?) _____

Bitte nennen Sie uns Ihre chronischen Erkrankungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? z.B. Marcumar oder Xarelto? _____

BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE



DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient, bitte lesen Sie sich die in der Praxis aushängenden Datenschutzinformationen gut durch und bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Dokuments.

EINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON PATIENTENDATEN

Übermittlung / Einholung von Patientendaten

Hiermit willige ich ein, dass für die Dauer des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. Albert Klages und Dr. Jan-David Dietzek die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten, Physiotherapeuten, Sanitätshäusern und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg angefordert werden dürfen. Des Weiteren willige ich ein, dass die Praxis diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

BERECHTIGUNG ZUM ABHOLEN VON PATIENTENUNTERLAGEN

Ich willige ein, dass an nachfolgende benannte Personen bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten, personenbezogenen Daten **nicht einverstanden** sein, habe ich das im Feld Einschränkung hinter der jeweiligen Person eingetragen.

Name, Vorname, Geb.-Datum der berechtigten Person

Einschränkung:

Name, Vorname, Geb.-Datum der berechtigten Person

Einschränkung:

Name, Vorname, Geb.-Datum der berechtigten Person

Einschränkung:

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert werden kann.

Die ausliegende ausführliche Information zum Datenschutz der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen. Bezüglich der Aufbewahrungsfristen gelten die gesetzlichen Vorgaben.

WIDERRUFSMÖGLICHKEIT

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Bitte informieren Sie die Praxismitarbeiterin am Empfang wenn Sie nicht mit Ihrem Namen aufgerufen werden möchten!

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Einwilligung zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung



Gesellschaft für Abrechnung
von Privatliquidationen mbH

Für Ihre Übersicht haben wir Ihnen das Wichtigste rund um Ihre Einwilligung in die Datenübermittlung an die AeV zusammengefasst:

Die wichtigsten Hinweise

- Bitte Lesen Sie die vorherigen Informationen (Flyer) aufmerksam durch. Uns ist es ein großes Anliegen, dass Sie diese auch nachvollziehen können. Wenn Sie sich nicht ausreichend informiert fühlen oder etwaige Fragen oder Bedenken haben sollten, zögern Sie bitte nicht, uns dieses mitzuteilen.
- Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, uns Ihre Einwilligung für die Datenübermittlung an die AeV zu erteilen. Vielmehr erfolgt Ihre Einwilligung freiwillig.
- Wir wollen deutlich darauf hinweisen, dass Ihre Behandlung durch uns nicht von dieser Einwilligung abhängig ist. Sind Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die AeV nicht einverstanden, werden Sie auch weiterhin von uns behandelt.
- In den vorherigen Informationen (Flyer) haben wir dargestellt, dass die AeV Partnerkanzleien mit der Durchführung des gerichtlichen Mahnverfahrens beauftragt. Sofern wir von diesem Standardprozedere abweichen, beschreiben wir ihnen auf der Rückseite (graues Feld) welchen Partner wir für die Durchführung des gerichtlichen Mahnverfahrens stattdessen beauftragen.
- Falls Sie uns Ihre Einwilligung erteilen, wird die AeV unsere Rechnung über die Ihnen gegenüber erbrachten Behandlungsleistungen erstellen und Ihnen diese zusenden. Überweisen Sie bitte nach Empfang der Rechnung, entsprechend der dort enthaltenen Anweisungen unser Behandlungshonorar an die AeV. Die AeV rechnet dann separat mit uns ab.

Bitte füllen Sie das folgende Formular aus:

Name, Vorname

Mitversicherte/r Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße

Beruf

Arbeitgeber

dienstliche Telefonnummer*

private Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Unterschrift (falls abweichend auch des/der Rechnungsempfänger)

Ihre Einwilligung und Unterschrift

- Ich erkläre hiermit, dass ich die Informationen zu meiner Privatabrechnung und der damit einhergehenden Einwilligungserklärung, gelesen und verstanden habe.
- Darüber hinaus erkläre ich, dass ich durch die vorliegenden Informationen über meine Rechte, insbesondere das Recht, meine freiwillige Einwilligung jederzeit zu widerrufen, aufgeklärt wurde.
- Diesbezüglich wurde mir ausreichend Zeit und Gelegenheit gegeben, über die Reichweite meiner Einwilligung nachzudenken und Verständnisfragen zu stellen. Etwaige Fragen meinerseits wurden vollständig beantwortet.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich damit nun die Einwilligung zur Datenübermittlung durch mein(e) mich behandelnde(s) Praxis/Krankenhaus an die AeV und für die damit im Zusammenhang stehenden, notwendigen weiteren Datenverarbeitungen zum Zwecke der Abrechnung. Ich habe verstanden, dass meine Daten zur Durchführung des gerichtlichen Mahnverfahrens ggf. an den separat beauftragten Partner (siehe Rückseite) übermittelt werden. Auch diesbezüglich erkläre ich meine Einwilligung.
- Meine hiermit erteilte Einwilligung erfolgt aus freien Stücken. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich nicht verpflichtet bin, meine Einwilligung zu erteilen. Ferner weiß ich, dass ich meine freiwillig erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Krankenversicherung/Beihilfe

Ausfüllen von der Praxis, wenn das gerichtliche Mahnverfahren nicht über die AeV organisiert und nicht in Eigenregie (eigene Rechtsabteilung) durchgeführt wird.

Für die Durchführung des gerichtlichen Mahnverfahrens beauftragen wir:

Datum