

PATIENTENERKLÄRUNG

Datum . . .

Ich wünsche die privatärztliche Untersuchung respektive Behandlung:

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

Adresse

Tel. Festnetz

Mobil

E-Mail

Krankenversicherung

Beihilfestelle

Beruf

Mein Versicherungsschutz entspricht dem reduzierten Standard-/Basistarif Ja Nein

und die Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) durch Dr. med. Peter Manz.

Ich willige in die ärztliche Datenübernahme aus der ehemaligen Praxisgemeinschaft WELLE18 Dr. med. Eisenmeier GmbH ein Ja / Nein, ich wünsche die Löschung der alten Daten.

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) gemäß der Paragraphen 1 bis 12 bin ich einverstanden (ausgenommen § 2 GOÄ).

Ich verpflichte mich, dass nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und / oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Eventueller Selbstbehalt ist von mir selbst zu tragen. Auf Leistungen, die begründet mit gesteigertem Gebührensatz von mehr als 3,5 berechnet werden, werde ich zuvor hingewiesen.

Soweit einzelne ärztliche Leistungen nicht ausdrücklicher Bestandteil der GOÄ sind, erfolgt ein analoger Ansatz dieser Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ, wonach selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können. Gemäß § 12 der Berufsordnung für Ärzte betreffend die „wirtschaftliche Aufklärungspflicht“ bin ich darauf hingewiesen worden, dass meine Versicherung die Kosten der Behandlung betreffend einzelne Leistungen nicht oder nur teilweise übernimmt. (Stoßwellentherapie, Eigenplasmatherapie, Haltungs- und Muskelfunktionsdiagnostik).

Ich kann diese Einwilligung gemäß §33 BDSG jederzeit widerrufen.

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

Mir ist bekannt, dass bei **Nichteinhaltung bzw. bei nicht rechtzeitiger Absage (24h vor dem Termin)** des vereinbarten Termins die **verbindlich zugesagte Behandlung in Rechnung gestellt** wird. Bitte kümmern Sie sich um die **Dokumentation Ihrer Terminabsage**, damit es zu keinen Missverständnissen kommt.

Die Patientenerklärung wurde auf eigenen ausdrücklichen Wunsch unterschrieben. Ich wurde nicht hierzu gedrängt. Ein Exemplar dieser Erklärung sowie die dazugehörige Anlage habe ich erhalten.

Behandlungszeitraum: bis auf Widerruf.

Unterschrift des Patienten ggf. des Erziehungsberechtigten

Unterschrift Dr. med. Peter Manz

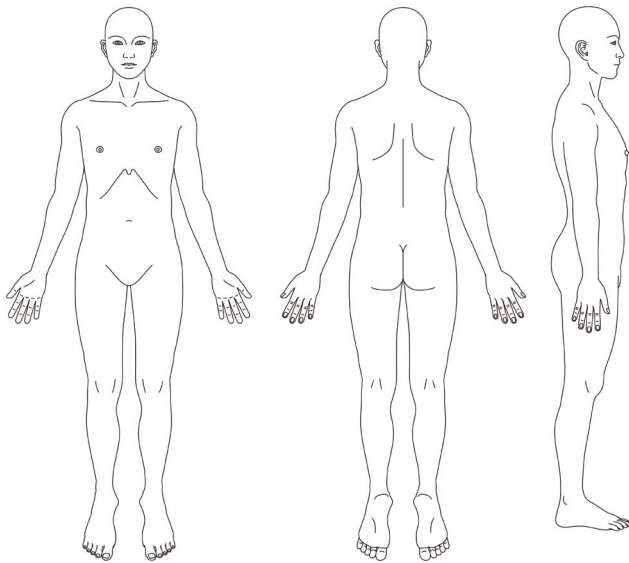
Die Rückseite bitte ebenfalls ausfüllen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen vollständig aus. Er wird Ihrer Patientenakte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name, Vorname

Wo haben Sie Beschwerden?

Bitte zeichnen Sie die betreffenden Stellen an den Figuren an.



Auslösendes Ereignis?
(Z.B. Unfall, unkontrollierte Bewegung, ungewohnte Belastung)

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Präparat	Dosierung
1	
2	
3	
4	

Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, welche SS-Woche?

Vorerkrankungen:

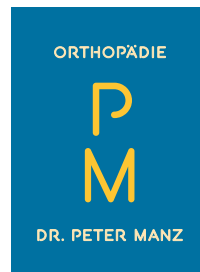
- erhöhter Blutdruck
- erniedrigter Blutdruck
- Krampfleiden
- erhöhte Blutfette
- Diabetes mellitus
- Gicht
- Rheuma
- Hauterkrankungen
- Lebererkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD)
- Herz-/Hirnfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe
- neurologische Vorerkrankungen
- Nieren-/Harnwegserkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)
- Blutgerinnungsstörungen, Thrombose, Embolie
- Allergien oder Unverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

Größe: cm Gewicht: kg

Sonstiges:

Datum, Unterschrift, ggf. des Erziehungsberechtigten



PATIENTENINFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Orthopädische Privatpraxis Dr. Peter Manz, Welle 10, 33602 Bielefeld

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

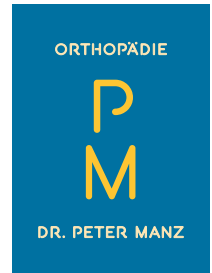
Informationsfreiheit NRW, Kavallierstr. 2-4, 40213 Düsseldorf

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten



EINWILLIGUNG DER DATEN-WEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

Adresse

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. med. Peter Manz, Welle 10, 33602 Bielefeld an weitere Dienstleistungserbringer (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Labore) weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber Herrn Dr. Manz nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; die bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleibt dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich Herrn Dr. Manz von der Schweigepflicht gegenüber oben benannten Leistungserbringern im Gesundheitsdienst, soweit es für die Abwicklung des Behandlungsvertrages erforderlich ist.

Mein Hausarzt ist

Name

Ort

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren, bitte Kontaktdaten vom Hauptversicherten eintragen!

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

Adresse

Datum,

Unterschrift des Patienten ggf. des Erziehungsberechtigten