Anmeldung für Privatpatienten und Selbstzahler

HNO Privatpraxis Dr. med. Karin Graser

Patientendaten

Akademischer Titel

Namenszusatz

Vorname*
bitte teilen Sie uns Ihren Vornamen mit

Nachname*
bitte teilen Sie uns Ihren Nachnamen mit

Geschlecht*

Geburtsdatum*

Ihre Kontaktdaten

E-Mail*
bitte teilen Sie uns für die weitere Kommunikation Ihre E-Mail mit

Telefon privat

Telefon mobil

Ihre Adressdaten

Straße und Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Land*

Gibt es einen anderen Empfänger für die Rechnung?

☐ **Nein** ☐ **Ja**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

☐ **Kommen Sie aufgrund einer Empfehlung?** (z.B. Arzt/Freunde/Familie)
☐ Durch Google aufmerksam geworden
☐ Durch Jameda aufmerksam geworden

Angaben zu Gesundheit und Lebensführung

1. Warum kommen Sie heute zu uns?

2. Bestehen Allgemeinerkrankungen, wie beispielsweise

Herzerkrankungen

Atemwegserkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen

Leber- oder Nierenerkrankungen

Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit

Nervenerkrankung/Anfallsleiden/Epilepsie

Sonstiges

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

4. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

5. Haben Sie Operationen durchführen lassen?

6. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? (über welchen Zeitraum und in welcher Menge)

7. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (über welchen Zeitraum und in welcher Menge)

8. Sind Sie schwanger?

9. Gibt es sonst Besonderes, das Sie uns mitteilen möchten?

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten

Privatärztliche Honorarvereinbarung

Abrechnung privatärztlicher Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Mir ist bekannt, dass Dr. med. Karin Graser ihre Leistungen privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnet.

Ich nehme zu Kenntnis, dass die Erstattung durch die private Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen ganz oder teilweise ausbleiben kann. Dies gilt insbesondere in folgenden Fällen:

- wenn bei erhöhtem Behandlungsbedarf der Steigerungssatz den 2,3-fachen Satz überschreitet
- wenn es sich um komplementärmedizinische Leistungen handelt
- wenn ästhetische-kosmetische Zielsetzungen im Vordergrund stehen
- wenn es sich um nicht etablierte Therapieverfahren handelt (z. B. sog. Neulandmedizin, off-label-use)

Ich bin mir darüber im Klaren, dass diese Erstattungsentscheidungen nicht im Einflussbereich des behandelnden Arztes liegen.

Beispielhafte Kosten für einzelne Leistungen (nicht abschließend):

- Erstanamnese Traditionelle Chinesische Medizin (GOÄ 30A)
- Folgeanamnese Traditionelle Chinesische Medizin (GOÄ 31A)
- Erstellung einer chinesischen Phytorezeptur (GOÄ 78A)
- Vegetative Funktionsdiagnostik (GOÄ 831)
- Akupunktur (GOÄ 269)
- TCM Rezeptur (Tee-Arznei; Dekokt)

Wir empfehlen ggf. eine vorherige Rücksprache mit Ihrer Krankenversicherung/Beihilfe.

Laborleistungen:
Die von uns durchgeführten Blutabnahmen werden an das externe Labor Becker und Kollegen weitergegeben. Bei speziellen Blutuntersuchungen, die das Labor Becker und Kollegen nicht untersuchen können, wird ein Fremdlabor vom Labor Becker und Kollegen beauftragt, diese Untersuchung zu tätigen. Sie erhalten vom Labor eine separate Rechnung.

Therapieplan und Kostenvoranschlag:
Auf Wunsch kann nach erfolgter Diagnostik ein individueller Therapieplan mit Kostenvoranschlag erstellt werden.

Zahlungsverpflichtung:
Ich verpflichte mich hiermit, die in Rechnung gestellten privatärztlichen Honorare unabhängig von einer möglichen Erstattung durch meine Krankenversicherung oder Beihilfe vollständig zu begleichen.

Ort*

Datum*

Ihre Unterschrift*

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12ff DSGVO i.V. §§ 32 BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die Medas factoring GmbH, Messerschmittstr. 4, 80992 München, Tel.: 089 143 100 (im Folgenden „Medas“), zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfrage zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist **Medas factoring GmbH**. Medas unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die Medas als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter **Tel.: 089 143 100.**

Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von Medas verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. 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 aus Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Konzerndatenschutzbeauftragten der Medas, **Email: info@medas.de**.

Weitere Informationen zum Datenschutz bei Medas finden Sie in der „Information gemäß Art. 13 DSGVO“, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter **medas.de**.

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 Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Medas factoring GmbH
Messerschmittstraße 4, 80992 München

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihre Unterschrift

Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die Medas, sowie der Abtretung der Forderung an die Medas zum Zweck des Einzuges einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass Medas die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen durch die Medas in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall meiner etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die Medas Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der Medas schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der Medas mehr statt.

Bitte teilen Sie uns Ihre Krankenversicherung mit (freiwillige Angabe)

Ort* **Datum***

Unterschrift des Patienten / Vertretungsberechtigten **

* Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigtem ebenfalls vorliegt.

Ort* **Datum***

Unterschrift des Patienten

Anmeldung Datenschutzes

HNO Privatpraxis Dr. med. Karin Graser – Kaulbachstraße 36, 80539 München

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß DSGVO und BDSG

Bitte ergänzen Sie Ihre persönlichen Daten

Vorname* **Nachname***

Geburtsdatum*

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf Grundlage der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) informieren wir Sie nachfolgend über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten:

Zweck der Datenverarbeitung:
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten zur Durchführung Ihrer Behandlung, zur Organisation und Abrechnung der medizinischen Leistungen sowie – sofern von Ihnen gewünscht – zur Weitergabe an weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte oder Krankenhäuser. Im Folgenden sprechen wir umfassend von „personenbezogenen Daten".

Verantwortliche Stelle:
Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Praxisleitung.

Rechtsgrundlage:
Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen und medizinischen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO sowie § 22 Abs. 1 Nr. lit. b BDSG.

Empfängerdaten:
Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt ausschließlich an berechtigte Stellen, z. B. Ihre Krankenkasse, weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte oder Krankenhäuser. Sofern erforderlich (z. B. Bei Abrechnung über eine privatärztliche Verrechnungsstelle), holen wir hierfür gesondert Ihre schriftliche Einwilligung ein.

Speicherdauer:
Ihre Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Einhaltung gesetzlicher und berufsrechtlicher Aufbewahrungspflichten erforderlich ist. Nach §10 der Musterberufsordnung für Ärzte beträgt die Mindestaufbewahrungsfrist 10 Jahre. In Einzelfällen (z. B. Bei bestimmten Therapien oder Haftungsrisiken) kann eine Speicherdauer von bis zu 30 Jahren erforderlich sein.

Auskunftsrecht:
Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Recht auf Datenübertragbarkeit:
Auf Wunsch stellen wir Ihnen personenbezogene Daten in einem gängige, maschinenlesbaren Format zur Verfügung oder übermitteln diese an eine von Ihnen benannte Stelle.

Berichtigungsrecht:
Sollten Ihre Daten unzutreffend oder unvollständig gespeichert sein, können Sie jederzeit deren Berichtigung verlangen.

Recht auf Löschung:
Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, sofern keine gesetzlichen oder berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten bestehen oder die Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden. Auch im Falle einem Widerrufs Ihrer Einwilligung können Sie die Löschung verlangen.

Beschwerderecht:
Wenn Sie der Auffassung sind, dass Ihre personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden, können Sie sich an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde wenden.

Präferierte Kommunikation
Wir bitten um Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Kontakdaten, um Sie entsprechend Ihrer Interessen und gewählten Kommunikationskanäle informieren zu dürfen.

Kontaktaufnahme*

- ☐ Telefon
- ☐ E-Mail
- ☐ Fax
- ☐ SMS
- ☐ Keine Kontaktaufnahme gewünscht

Versand von Informationen

- ☐ Termindetails
- ☐ Medizinische Dokumentation
- ☐ Rechnungen
- ☐ Keinen Versand erlauben

Ort*

Datum*

Unterschrift des Patienten

Patienteninformation

Akupunktur
Die Akupunktur ist eine Behandlungsform, die in Asien seit mehreren Tausenden Jahren praktiziert wird. Durch den Einstich von Nadeln aus Metall mit einer Stärke von 0,20-0,40 mm an exakt bestimmten Stellen des Körpers wird der Energiefluss reguliert. In seltenen Fällen kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen:

- nach dem Einstich der Akupunkturnadeln vorübergehend Kreislaufsymptome wie Schwindel, beschleunigter oder verlangsamter Puls, Blutdruckveränderungen,
- Schmerzen beim Einstich oder auch beim Entfernen der Nadeln,
- Verletzungen kleiner Blutgefäße mit Minimal-Blutungen oder auch kleinere Hämatomen (blauen Flecken)
- wie bei einer intramuskulären Injektion auch, besteht bei dem Stechen von Akupunkturnadeln das sehr geringe Risiko einer Entzündung,
- da ausschließlich Einwegnadeln benutzt werden, ist eine Übertragung von Hepatitis (Gelbsucht) oder von HIV bzw. AIDS etc. ausgeschlossen

Bei der wissenschaftlichen Auswertung von etwa 2 Millionen Akupunktur-Behandlungen wurde lediglich ca. 82 kleine, unerwünschte Auswirkungen (kleine Hämatome) gesehen; (GERAC-Studie, Arch. Intern. Med., 2007 09 24; 167, 892-98)

Bitte teilen Sie vor der Behandlung Frau Dr. Graser unbedingt mit, ob

- bei Ihnen Blutgerinnungs-Störungen vorliegen
- Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung benutzen wie beispielsweise MARCUMAR oder HEPARIN
- Sie an Epilepsie/Krampfanfällen leiden
- Sie schwanger sind
- schwere Störung von Atmung oder Kreislauf vorliegen

Therapie
Ich bin über das Wesen und die Bedeutung der Therapie sowie über mögliche Komplikationen schriftlich und ggf. auf Nachfrage mündlich aufgeklärt worden. Mit der oben erwähnten und **eventuellen** Akupunkturbehandlung bin ich einverstanden.

Kosten
Mir ist bewusst, dass ich in der Praxis Dr. med. Karin Graser ausschließlich privatärztliche Leistungen in Anspruch nehme. Diese Leistungen sind von mir persönlich zu bezahlen, ungeachtet der Erstattungsansprüche, die ich möglicherweise gegenüber meiner privaten Krankenversicherung oder Beihilfe habe.
Im Falle einer *gesetzlichen* Krankenversicherung sind sämtliche Kosten als Selbstzahler/in zu begleichen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich gegenüber der Praxis Dr. med. Karin Graser, den vorliegenden Text in Ruhe gelesen und verstanden zu haben.

Ort* **Datum***

Unterschrift des Patienten