

Patientenanamnesebogen

| | | |
|----------------------|--------|--|
| Name: | Titel: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | | |
| Straße | | Nr.: |
| PLZ: | | Ort |
| Telefon: | | Fax: |
| Mobilnummer: | | E-Mail |
| Krankenversicherung: | | Zusatzversicherung: Ja <input type="radio"/> , welche _____ Nein <input type="radio"/> |
| Hauptversicherer? | | Hausarzt? |

| | |
|---|---|
| Größe: | Gewicht: |
| ♀ erste Regel (Menstruation), Alter: _____ letzte Regel (Menstruation), Alter: _____ | Zyklusstörungen: <input type="radio"/> Ja, welche? _____ <input type="radio"/> Nein |

Hatten Sie Schwangerschaften (Anzahl)? Ja _____ Nein

Anzahl der gezeugten Kinder _____ Geburtsjahr _____

Sind Sie Raucher Nichtraucher ?

Sind Sie Vegetarier Veganer ?

Sind Sie gegen Corona geimpft? Anzahl _____
Letzte Impfung am _____ mit _____

Wichtig! Bitte schildern Sie Ihre aktuellen Symptome/Anliegen/Beschwerden:

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine infektiöse Erkrankung bekannt wie z.B. Hepatitis, HIV? Ja Nein

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

| | | | |
|------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> | Bluthochdruck | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | Angina Pectoris | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> | Sonstige Herzerkrankungen | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | Krampfadern | <input type="radio"/> |
| Erhöhte Blutfettwerte | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> |
| Hormonstörungen | <input type="radio"/> | ♀ Wechseljahrsbeschwerden | <input type="radio"/> |

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ nehmen Sie davon Kenntnis, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln bzw. einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information an Nachbehandler oder Dienstleistungserbringer nicht möglich, Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern bzw. anfordern.

Einwilligung in die Datenweitergabe

Name, Vorname,

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern kann.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungsüberbringer übermitteln kann.
- ein **Erinnerungsservice** für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen (Recall) per Mail/SMS/Brief verwendet werden darf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsträger: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und Facharztpraxis Prof. Dr. med. Herrmann ein Behandlungsvertrag über ärztliche Leistungen zustande. Für diesen Vertrag gelten nachfolgende Bedingungen als vereinbart:

1. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und der Empfehlung der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz. Für technische Leistungen in der Regel bis zum 1,8-fachen Satz und unter berechtigten

Voraussetzungen auch bis zum 2,5-fachen Satz. Nach §4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (Labor, Pathologie) von diesen eine gesonderte Rechnung gestellt. Abweichende Beihilfe-Bestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden.

2. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das entsprechend o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.

3. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

4. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung durch ärztliche Behandlung bereits erbracht wurde.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zugleich, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen und ebenso dieser Ihnen verständlich ist.

Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

Ort, Datum

Unterschrift