

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bzw. Ihr Kind kennen zu lernen und Medikamente und Behandlungsverfahren richtig auswählen zu können, bitten wir Sie um die Angabe persönlicher Daten sowie um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer Gesundheit.

Bei Unklarheiten fragen Sie bitte nach. Diese Angaben müssen wir jährlich aktualisieren.

Bitte lesen Sie auch die Rückseite aufmerksam. Dort sind noch drei Unterschriften erforderlich.

Patientendaten Füllen Sie bitte alle Felder aus

Rein biologisch gibt es nur zwei Geschlechter.
Die annähernde oder möglichst präzise Angabe
ist wichtig für die Dosierung von Medikamenten
und die Interpretation von Laborwerten.

Name: _____

☐ männlich ☐ weiblich

Vorname: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

Krankenversicherung: _____

Straße, Hausnr.: _____

☐ gesetzlich ☐ Zusatzversicherung ☐ privat ☐ Beihilfe

PLZ, Wohnort: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Familienversichert? Angaben zum Versicherten:

Hausarzt: _____

Name: _____

Überwiesen von: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Grund der Beratung / Behandlung: _____

Anamnese Beantworten Sie bitte alle Fragen

	NEIN	JA	→ falls Sie mit JA antworten, hier ergänzende Angaben eintragen ↓
• Medikamente?	☐	☐	Welche? ☐ siehe vorgelegter Medikationsplan - - -
• Blutverdünnende Medikamente?	☐	☐	☐ Eliquis ☐ Lixiana ☐ Xarelto ☐ Marcumar ☐ ASS ☐ Clopidogrel
• Medikamentenunverträglichkeit?	☐	☐	Welche?
• Allergien?	☐	☐	Welche?
• Blutgerinnungsstörung?	☐	☐	Welche?
• Osteoporose?	☐	☐	Medikamente:
• Regelmäßige Spritzen / Infusionen?	☐	☐	Welche?
• Chemotherapie? (auch frühere)	☐	☐	Welche?
• Diabetes mellitus?	☐	☐	☐ Typ I ☐ HbA1c-Wert: ☐ Typ II
• Herzklappenfehler/-ersatz?	☐	☐	Welche?
• Infektionskrankheiten?	☐	☐	☐ Hepatitis ☐ B ☐ C ☐ E ☐ HIV ☐ Tuberkulose
• Weitere Krankheiten?	☐	☐	Welche? - -
• Drogen?	☐	☐	Welche?
• Rauchen?	☐	☐	☐ Zigaretten ____/Tag ☐ Vapor ____ ml / Tag ☐ andere:
• Schwangerschaft?	☐	☐	Welche SSW?

Auf der Rückseite geht es weiter, dort sind zwei Unterschriften erforderlich!

Einwilligung Datenverarbeitung

Es werden persönliche und medizinische Daten erhoben und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen verwendet und gespeichert, so auch zwangsweise in der ePA. Das Merkblatt „PATIENTENINFORMATION ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN“ ist mir ausgehändigt worden. Ich habe es gelesen und verstanden.

Ich willige insbesondere ein, dass

1. Daten an andere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen oder von dort angefordert werden dürfen
2. die Mitarbeiter der Praxisklinik für den unter (1.) genannten Zweck von der Schweigepflicht entbunden werden
3. wir mit Ihnen in Kontakt treten dürfen (Terminerinnerungen oder Einladungen zu Kontrolluntersuchungen (Post, E-Mail, Telefon, Messenger, App))

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung, nur mit Wirkung für die Zukunft, jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]

Widerspruch Datenverarbeitung in der ePA

In die elektronische Patientenakte werden umfangreich Daten zu Ihrer Person und zu allen Behandlungen eingestellt (Primärnutzung).

Es erfolgt jedoch auch automatisch die Datenweitergabe (Sekundärnutzung) an

- jede medizinische Einrichtung, z. B. auch Apotheken und Physiotherapeuten
- das nationale Forschungsdatenzentrum
- unbekannte europäische Behörden
- angeblich „berechtigte“ Interessensgruppen

Ihre Daten werden unwiderruflich 100 Jahre gespeichert und weiterverarbeitet.

Falls Sie der ePA widersprechen wollen, gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Sie können generell widersprechen (bei Ihrer Krankenkasse oder in der ePA-App)
2. Sie können im unmittelbaren Behandlungskontext widersprechen

Ich widerspreche der Eingabe meiner Gesundheitsdaten aus der aktuellen Behandlung in die ePA.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist optional]

Hinweise für gesetzlich Versicherte

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Identifikation: Der gesetzlich versicherte Patient weist sich nach gesetzlichen Vorschriften bei jedem Besuch durch seine Gesundheitskarte aus.

Liegt keine Karte vor, kann eine Beratung/Untersuchung/Behandlung nur gegen Vorauszahlung erfolgen. Gleiches gilt für den Fall, dass die Karte ungültig oder nicht lesbar ist.

Behandlungsvertrag: Dem Behandlungsvertrag liegen das SGB V, der EBM sowie der BEMA zu Grunde.

Verlangt der gesetzlich versicherte Patient eine Privatleistung, so ist er ein Selbstzahler. Bitte lesen Sie dazu auch den nächsten Abschnitt.

Hinweise für Selbstzahler

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

Identifikation: Der Selbstzahler weist sich vor Beginn seiner Behandlung durch Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises aus. Haben Sie Ihren Hauptwohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, so leisten Sie bitte eine Vorauszahlung für Ihre Behandlung.

Behandlungsvertrag: Der Behandlungsvertrag wird geschlossen mit der Abgabe dieses Bogens, spätestens jedoch durch die folgende Beratung/Untersuchung. Es bedarf dabei keiner Schriftform, der Vertrag kommt auch mündlich zu Stande. Dem Behandlungsvertrag liegen die GOÄ und GOZ in der jeweils gültigen Fassung zu Grunde. Die Ausführungen der genannten Gebührenordnungen werden beiderseits als bekannt vorausgesetzt.

Liquidation: Etwaige Vorgaben oder Richtlinien von Kostenträgern (Versicherung, Beihilfe) sind kein Maßstab für unsere Behandlung. Von Kostenträgern vorgelegte Höchstpreislisten für Laborleistungen sind rechtlich unwirksam und werden ausdrücklich nicht anerkannt. **Sondertarife von Versicherungen erkennen wir ausdrücklich nicht an. Insbesondere rechnen wir nicht nach so genannten „Standardtarifen“ oder „Basistarifen“ o. ä. ab.** Die Liquidation erfolgt durch den Liquidationsberechtigten auch dann, wenn die Untersuchung/Behandlung durch dessen Vertreter durchgeführt wurde. Mit der Untersuchung/Behandlung durch den jeweiligen Vertreter erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Bonitätsprüfung: Zum Zwecke der ggf. erforderlichen Prüfung Ihrer Bonität und im Falle nicht vertragsgemäßer Abwicklung übermittelt die Praxisklinik Auskünfte über personenbezogene Daten und Zahlungsdaten an Auskunftsstellen (derzeit: PVS-dental, Creditreform). Die jeweilige Datenübermittlung und Datenspeicherung erfolgt gemäß § 28 Bundesdatenschutzgesetz, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Praxisklinik, der Auskunftsstellen oder der Allgemeinheit erforderlich ist.

Aufträge an Dritte: Falls weitergehende Untersuchungen notwendig werden (z. B. mikrobiologische oder pathologische Untersuchung), wird der behandelnde Arzt/Zahnarzt oder dessen Vertreter hiermit berechtigt, Untersuchungen nach eigenem Ermessen im Auftrag und auf Rechnung des Patienten zu veranlassen.

Schweigepflichtentbindung für Dritte: Sie entbinden hiermit auch hinzugezogene Ärzte, die im Auftrag Untersuchungen für Sie durchführen (z. B. Pathologen sowie etwaige Referenzpathologen) gegenüber derer Abrechnungsgesellschaft von ihrer Schweigeverpflichtung.

Hinweise für alle Patienten

[Streichungen oder Ergänzungen sind nicht zulässig]

ePA: Trotz eines möglichen Zugriffs unsererseits auf Ihre ePA, sind Sie weiterhin verpflichtet, uns Details und Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes (Diagnosen, Medikamente, Therapien, Allergien usw.) eigenständig und eigenverantwortlich vollumfänglich mitzuteilen. Bestehende Einträge in der ePA ersetzen Ihre Verpflichtung nicht!

Externe Abrechnungsstelle: Rechnungen werden über die PVS-dental GmbH abgewickelt. Hierzu müssen Sie ggf. eine weitere Erklärung unterschreiben für den Fall einer zuzahlungspflichtigen Behandlung oder einer Selbstzahler-Behandlung.

Einseitiges Abtretungsverbot: Ansprüche und Forderungen aus dem Behandlungsvertrag, dürfen seitens des Zahlungspflichtigen nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet werden.

Erklärung: Ich habe alle obigen Hinweise zur Kenntnis genommen und akzeptiere ausdrücklich alle genannten Bedingungen.

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Auf relevante Inhalte meiner ePA werde ich hinweisen und diese auch mitteilen.

X

Datum

Unterschrift Patient / Eltern* / Betreuer

[Diese Unterschrift ist erforderlich – ohne ist eine Behandlung nicht möglich]