NEUROLOGICUM

GRIESHEIM • DARMSTADT

Anamnesebogen / Behandlungsvertrag PKV

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir bitten Sie, den Anamnesebogen/Behandlungsvertrag sorgfältig durchzulesen und in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen.

Ich wünsche die Behandlung durch die o.g. Praxis als privatärztliche Behandlung:

Name: ..... Vorname:.....

Geburtsdatum: ..... Private Krankenkasse:.....

Wohnanschrift: ....

ggf. alternative Rechnungsadresse:

…..……..……

Telefon-Nr.: ..... Mobil: .....

E-Mail :..... .....

Hausarzt: .....

Befundbericht an Hausarzt erwünscht? □ **Ja** □ **Nein**
Befundbericht an den überweisenden Arzt gewünscht? □ **Ja** □ **Nein**

Die Rechnungserstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung der Ärzte – GOÄ. Bei besonders aufwendigen Behandlungen können zusätzliche Kosten entstehen, die in der Rechnungserstellung begründet dargestellt werden.

Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung und / oder Beihilfe, da Einschränkungen in Versicherungs-verträgen für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind. Sollten solche Einschränkungen bestehen, so teile ich vor der Behandlung mit, welche das sind.

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde Ich, Frau/Herr (Name des*r Patienten*in) …… relevante Kliniken, Praxen und Ärzte gegenüber den Ärzten des Neurologicum von der ärztlichen Schweigepflicht.
Das Neurologicum darf Befunde und Untersuchungsergebnisse anfordern, die relevant für meine Behandlung sind.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

NEUROLOGICUM

GRIESHEIM • DARMSTADT

Anamnesebogen / Behandlungsvertrag PKV

Wir möchten Sie bitten folgende Fragen zu beantworten:

Größe: ……cm ..... Gewicht: ……kg

Leiden Sie unter....

Arterieller Hypertonie (Bluthochdruck)?	☐ Nein	☐ Ja
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	☐ Nein	☐ Ja
einer Herzerkrankung?	☐ Nein	☐ Ja
erhöhten Blutfetten?	☐ Nein	☐ Ja
einer Schilddrüsenerkrankung?	☐ Nein	☐ Ja
einer Nierenerkrankung?	☐ Nein	☐ Ja
einer Lebererkrankung?	☐ Nein	☐ Ja
weiteren chronischen Erkrankungen?	☐ Nein	☐ Ja

Wenn ja, welche? : .....

.....

Allergien/Unverträglichkeiten? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? : …….

Tragen Sie im Körper Metalle oder einen Herzschrittmacher? ☐Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? : …….....

Medikament mit Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

NEUROLOGICUM

GRIESHEIM • DARMSTADT

Anamnesebogen / Behandlungsvertrag PKV

Aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie auf Folgendes aufmerksam zu machen:

- Ihre Daten sind in unserer Praxis elektronisch gesichert und vor externen Zugriffen von Dritten geschützt.
- Eine Datenweitergabe erfolgt ggf. an unser Vertragslabor und Ihren Hausarzt bzw. überweisenden Arzt.

Weitere Informationen in Bezug auf die neue Datenschutzgrundverordnung können Sie dem Aushang im Wartezimmer entnehmen.

Das Ausfüllen dieses Anamnesebogens ist freiwillig, aber für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen notwendig.

Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen / Notfallkontakt

Hiermit bevollmächtige ich (Name des Patienten) :

_____

Name, Vorname / Geburtsdatum

die <u>folgende/n</u> Person/en:

_____

Name, Vorname Geburtsdatum

_____

Anschrift

_____

Telefonnummer

meine Patientenunterlagen (z.B. Rezepte, Überweisungen, Befunde usw.) abholen zu dürfen oder im Notfall benachrichtigt werden können.

_____

Unterschrift (Die Vollmacht ist jederzeit widerrufbar)

Ich habe den Anamnesebogen und Behandlungsvertrag sorgfältig durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift