



## PATIENTENFORMULAR

<b>PERSÖNLICHE DATEN</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
_____	_____	_____
ggf. Titel, Vorname, Nachname	Geb.-Datum	Alter
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
_____	_____	
Telefon/Mobiltelefon	E-Mail-Adresse	
_____	_____	
Krankenversicherung/Kostenträger	<input type="checkbox"/> Dieses Formular wird im Namen des Patienten von einem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet. <i>Bitte das Formular Patientenbegleiter beachten.</i>	

## PATIENTENINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie in unserer Einrichtung einen Termin anfragen und wir eine Untersuchung oder Behandlung durchführen, speichern und verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten: Informationen über Sie, über Ihren Gesundheitszustand (inkl. Vorbefunde und Bilddaten) sowie Informationen der Untersuchungsdurchführung oder Behandlung. Zur Sicherung einer hohen diagnostischen Qualität nutzen wir für die Bildakquisition die Dienstleistungen sowie die Infrastruktur von medneo (medneo GmbH und medneo Deutschland GmbH). Jeder Mitarbeiter von medneo, der Einblick in Ihre Daten erhält, hat sich zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung des Datengeheimnisses nach § 203 des Strafgesetzbuches und § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes verpflichtet. Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden von Ärzten unserer Einrichtung erbracht.

### Zugriff auf personenbezogene Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Ausschließlich zu Zwecken der medizinischen Untersuchung oder Behandlung, der IT-Administration, der Abrechnung und der Qualitätssicherung können folgende Personen bzw. Personengruppen Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten erhalten:

- Ärzte, die in unserer Einrichtung tätig sind oder die mit uns in einer Leistungserbringer- oder Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen sind sowie Ärzte, die auf Ihren Wunsch einen Zweitbefund erstellen,
- Ihre weiterbehandelnden ambulanten oder stationären Gesundheitseinrichtungen,
- das medizintechnische sowie administrative Personal von medneo für die Planung und Durchführung der Bildakquisition, die technische Nachbereitung Ihrer Untersuchungsergebnisse sowie für Abrechnungszwecke,
- IT- und Technologie-Dienstleistungsunternehmen zur Wartung der Infrastruktur, mit denen wir und medneo zusammenarbeiten. Alle eingebundenen Dienstleistungsunternehmen haben sich gegenüber Dritten zur strengen Geheimhaltung verpflichtet (eine Liste der Unternehmen kann am Empfang eingesehen werden).

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENSPEICHERUNG

Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten Personen und Personengruppen Zugriff auf meine persönlichen und medizinischen Daten (inkl. Vorbefunde und Bilddaten) im oben beschriebenen Umfang erhalten können, dass die Ärzte und das Assistenzpersonal insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden werden und die erhobenen Daten zu Archivierungszwecken gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum



\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient\*

## BEFUNDVERSENDUNG

Die Versendung des Befundes der Untersuchung erfolgt automatisch an den Facharzt, der Sie überwiesen hat. Weiterbehandlungstermin (Datum) bei ihrem Facharzt (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Ich wünsche zusätzlich die Versendung des Befundes an meine oben genannte persönliche E-Mail-Adresse.

Falls die Versendung des Befundes **zusätzlich an eine** andere Einrichtung (Krankenhaus, Praxis etc.) erfolgen soll, geben Sie bitte **vollständig** Name der Einrichtung, Adresse und Faxnummer an, sonst kann die Weiterleitung nicht erfolgen:

\_\_\_\_\_

Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

Faxnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort



**VERSICHERUNG UND TARIF (nur für Privatpatienten)**

Bitte notieren Sie Ihre **Versicherung** und ggf. den Tarif oder kennzeichnen Sie Ihre Tarifgruppe in der Tabelle.

Versicherung und Tarif	Notlagentarif 1,38/1,8	Basistarif 1,0/1,2	Privat studentisch	PostBeaKK	KVB (Bundesbe- amtentarif)	Anderer Sondertarif	Beihilfe
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ %

**BEHANDLUNGSVERTRAG (nur für Privatpatienten oder Selbstzahler)**

Ich bestätige hiermit, dass ich eine privatärztliche Untersuchung durch Ärzte der Einrichtung in Anspruch nehmen möchte. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass meine Untersuchung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu einem Höchstsatz von 3,5fach bei medizinisch ärztlichen Leistungen und 2,5fach bei medizinisch technischen Leistungen entsprechend des Aufwandes und Schwierigkeitsgrades abgerechnet werden kann, sofern keine gesonderte Vereinbarung geschlossen wurde, wie z. B. Check Up Untersuchungen. Mir ist bekannt, dass ich als Vertragspartner der Praxis alleiniger Schuldner der in Rechnung gestellten Gebühren nach der GOÄ bin.

2

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient\*

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG FÜR ABRECHNUNGSDIENSTLEISTUNGEN**

**Einverständniserklärung zur Privatliquidation durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg, Telefon (0911) 92 92 02**

Mit der Erstellung der Arztrechnung und dem Inkasso der Honorarforderung durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH Nürnberg, bin ich als Patient - sofern volljährig/ Rechnungsempfänger bis auf Widerruf einverstanden. Soweit hierfür die Übermittlung personen- und behandlungsbezogener Daten an die Verrechnungsstelle für Ärzte erforderlich wird, gebe ich hierzu meine ausdrückliche Zustimmung. Das Einverständnis erstreckt sich auch auf dritte Ärzte, die vom behandelnden Arzt konsiliarärztlich hinzugezogen werden. Die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Nürnberg unterliegt analog Ihrem Arzt der Schweigepflicht.

3

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient\*

**RECHNUNGSEMPFÄNGER**

Bitte nur Ausfüllen, wenn Sie **nicht** der Zahlungspflichtige/Rechnungsempfänger sind.

**Ich bin als Patient damit einverstanden, dass die Verrechnungsstelle für Oswald Helmsauer GmbH die Rechnung für meine Behandlung/-en sendet an:**

\_\_\_\_\_  
 Nachname, Vorname bzw. Firma, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Telefon/Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort

4

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient mit Vor- und Zunahme\*

\* Für den Patienten kann eine unterschriftsberechtigte Begleitperson wie z.B. ein Sorgeberechtigter\*\*, Vormund oder Bevollmächtigter unterzeichnen.

\*\* Unterschreibt ein Sorgeberechtigter (z. B. Elternteil) alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen sorgeberechtigten Teil handelt.