



Dr. Eike Müller

(Univ. Padua)

Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
Allergologie, Schlafmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Sie begeben sich heute das erste Mal in unsere Behandlung oder waren lange nicht mehr hier. Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, vielen Dank.

Patient Name: Vorname: Geb.-Datum:

Mitglied Name: Vorname: Geb.-Datum:

Anschrift Straße / Nr.: Telefon:

PLZ / Ort: Telefon (dienstl./gesch./Mobil):

ggf. Rechnungs-Anschrift Straße / Nr.: PLZ / Ort:

Beruf

Arbeitgeber PLZ / Ort:

Versicherung Hausarzt:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

.....

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein: nein ja wenn ja - welche:

.....

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen (z.B. Herz, Bluthochdruck) oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV), wenn ja - welche:

.....

.....

Wurden bereits HNO-Operationen durchgeführt? nein ja

wenn ja - welche:

.....

.....

Sind Allergien bekannt? nein ja wenn ja - welche:

Medikamentenallergie?

Schwangerschaft: nein ja Stillen Sie z.Zt. Ihr Kind: nein ja

Möchten Sie eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchführen lassen? nein ja

Dürfen wir Sie evtl. schriftlich oder per E-Mail über unsere Praxis informieren?

Bitte geben Sie Ihre E-Mail Adresse an:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bis auf Widerruf (schriftlich) gem. §3 BDSG und EU-DSGVO mit der Speicherung, Weitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten in der Praxis und evtl. Abrechnungsstelle einverstanden. Letztere unterliegt ebenfalls den Bestimmungen der Schweigepflicht (§203 Abs.1 StGB). Sie erklären, über o.g. Gesetze informiert worden zu sein.



Behandlungsvertrag

zwischen Herrn Dr.E.Müller und

Name / Vorname:

Straße / Nr.:

Wohnort:

Der o.g. Patient wünscht eine Privatbehandlung durch Herrn Dr. E. Müller.

Die Liquidation für ärztliche Leistungen erfolgt jeweils am 15. und zum Ende eines Monats unabhängig vom Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalles nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung, sofern keine anderen Vereinbarungen getroffen wurden.

Die Rechnungsstellung erfolgt über die Privatärztliche Abrechnungsstelle PVS Büdingen, an die alle Honorarforderungen aus ärztlicher Leistung abgetreten werden und die die Honorarforderungen einziehen. Die Abrechnungsstelle unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht (§203 Abs.1 StGB) und des Datenschutzes (§3 Bundesdatenschutzgesetz).

Patientenerklärung

Über die Abrechnungskonditionen für ärztliche Leistungen wurde ich informiert.

Auf die Möglichkeit, dass die private Krankenversicherung oder Beihilfe einen Rechnungsbetrag nicht in voller Höhe erstatten könnte, wurde hingewiesen. Eine etwaige Differenz zwischen Rechnungs- und Erstattungsbetrag wird von der Patientin/ dem Patienten getragen. Mir ist bekannt, dass gesetzliche Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Kosten für eine Privatbehandlung nach der GOÄ zu übernehmen. Erforderliche Medikamente werden privat rezeptiert.

Ich wünsche eine private Behandlung und bin damit einverstanden, dass mir die Behandlungskosten gemäß dieser Abrechnungskonditionen privat in Rechnung gestellt werden. Ich verpflichte mich hiermit, die anfallenden Kosten in vollem Umfang und unabhängig vom Erstattungsverhalten meiner Krankenversicherung zu begleichen. Dazu gehören auch die notwendigen, durch den behandelnden Arzt veranlassten Leistungen auswärtiger Labore. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, und Leistungen etc. an die o.g. Abrechnungsstelle sowie an die zur Konsultation und Mitbehandlung herangezogenen Ärzte weitergegeben werden.

Sondervereinbarung:

.....
Datum

.....
Unterschrift