



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Herzlich willkommen in der Praxis Dr. M. Thiel

Mit dem Ausfüllen des folgenden Anamnesebogens erleichtern Sie uns den Einstieg in Ihre Behandlung.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Email: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Vorerkrankungen: _____

Orthopädische Operationen: _____

(Dauer-)Medikamente: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

Blutungsneigungen (z.B. Einnahme ASS, Marcumar): _____

Besteht momentan eine Arbeitsunfähigkeit? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Grund der jetzigen Behandlung: _____

Schmerzskala (NAS) von 1 – 10 (1 schwach; 10 stark): _____

Hausarzt: _____

Bitte geben Sie mitgebrachte Befunde direkt am Empfang ab.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Datum: _____ Unterschrift d. Patienten: _____





Behandlungsvertrag

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Aus juristischen Gründen wird auch erwähnt, dass ein sog. "Heilversprechen" ausdrücklich nicht gegeben wird.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen:

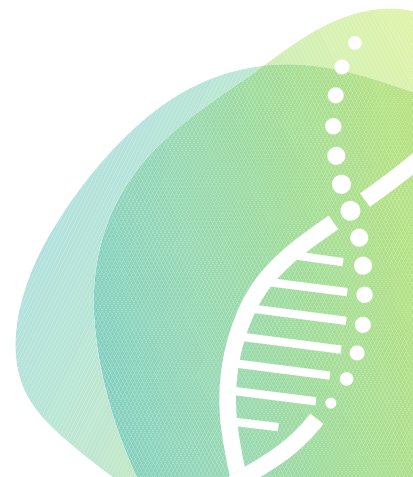
Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient/in
(Sorgeberechtigte/r)

Unterschrift Dr. M. Thiel





Abrechnungshinweise

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie für konventionelle, innovative und ganzheitliche Behandlungsmethoden:

"Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz.

Da derzeit für viele z. T. neue und /oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührensatz nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.

Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerheblich finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vorneherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten und Kostenerstattungsfällen) wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/GKV/Beihilfen darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben. Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV/GKV/Beihilfe seine Forderungen gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.





Patienten-Datenschutzvereinbarung

1. Ich bin damit einverstanden,

dass durch die Praxis Dr. med. Matthias Thiel, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kindergartenweg 25, 66773 Hülzweiler, Tel.: 06831 / 645 98 98, E-Mail: info@longevity-thiel.de

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt
- den Auftragsdatenverarbeiter der Praxisverwaltungssoftware Zollsoft GmbH, Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena,
- Haus & Gross it. Services GmbH (Systemadministration)
- Bioscientia MVZ Labor Saar GmbH, Otto-Kaiser-Straße 8a, 66386 St. Ingbert
- Biovis Diagnostik MVZ GmbH, Brüsseler Str. 18, 65552 Limburg-Eschhofen
- IPgD (Genetik), Hermann-Ehlers-Straße 9, 31224 Peine
- Proteopath GmbH (Genetik), Max-Planck-Straße 17, 54296 Trier

weitergegeben oder übermittelt werden und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

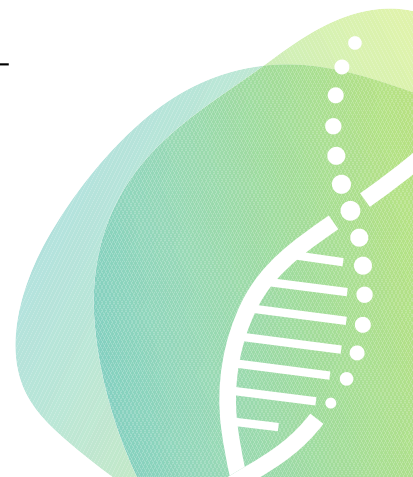
- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z.B. Terminvereinbarungen, Absagen von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der Ärztkammer des Saarlandes, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/ Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Mitarbeitern/innen und Therapeuten/innen genutzt werden.

Unterschrift des/der Patient/in
(Sorgeberechtigte/r)

Ort, Datum





2. Informationen und Widerrufbarkeit gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden,
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- mit der Folge, dass z.B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann,
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen,
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Dr. med. Matthias Thiel, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
Kindergartenweg 25, 66773 Hülzweiler, Tel.: 06831 / 645 98 98, E-Mail: info@longevity-thiel.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Unterschrift des/der Patient/in
(Sorgeberechtigte/r)

Ort, Datum

3. WICHTIG / UNBEDINGT ANGEBEN!

Persönliches Passwort für telefonische Anfragen/Rückfragen:

Bedeutet: Wenn Sie bei uns anrufen, müssen wir als Praxis sicherstellen, dass Sie der/die richtige Patient/in am Telefon sind. Hierfür hinterlegen Sie ein Kennwort, das Sie sich selbst überlegen und merken.

4. Aufrufen der Patienten im Wartezimmer

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die Patienten im Rahmen der Behandlung in der Praxis Dr. med. Matthias Thiel weiterhin mit Namen und ggf. auch mit Ihrem Vornamen im Wartezimmer aufgerufen werden.

Unterschrift des/der Patient/in
(Sorgeberechtigte/r)

Ort, Datum

