

NEUROLOGICUM

GRIESHEIM • DARMSTADT

Anamnesebogen / Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, den Anamnesebogen / Behandlungsvertrag in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse:

ggf. alternative Rechnungsadresse:

.....

.....

Beruf:

Telefon-Nr.: Mobil:

E-Mail:

Hausärztin / Hausarzt:

Übermittlung von Arztberichten an Hausarzt und/oder Überweiser

Über die fachärztliche Behandlung werden bei Überweisung oder Untersuchungen Berichte für die überweisenden Ärzte und auch den Hausarzt erstellt. Sollten sie die Übermittlung nicht explizit ablehnen, so würden wir Berichte nach dem Termin übermitteln.

Bericht an Hausarzt erwünscht? Ja Nein

Bericht an Überweiser erwünscht? Ja Nein

Abrechnungsvereinbarung

Die Rechnungserstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung der Ärzte – GOÄ. Besonders aufwendige Behandlungen können einen abweichenden Steigerungssatz begründen, der dann in der Rechnungserstellung begründet dargestellt wird.

Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung und / oder Beihilfe.

Sollten vertragliche Einschränkungen wie abweichenden Höchstsätze bestehen, so teile ich diese vor der Behandlung mit.

NEUROLOGICUM

GRIESHEIM + DARMSTADT

Aufgrund der 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 folgende/n Person/en:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

meine Patientenunterlagen (z.B. Rezepte, Überweisungen, Befunde usw.) abholen zu dürfen.

Die bevollmächtigte Person darf am Telefon Auskünfte erhalten: Ja Nein

Unterschrift

Bitte denken Sie daran dem/der Bevollmächtigten eine gültige Versichertenkarte mitzugeben. Die Vollmacht ist jederzeit widerrufbar.

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

Ort, Datum

Unterschrift

NEUROLOGICUM

GRIESHEIM + DARMSTADT

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde Ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

vorbehandelnde Kliniken und Praxen 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