

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
ein herzliches Willkommen im Urologikum Uelzen!**

Zunächst möchten wir Sie um einige verwaltungstechnische Angaben bitten, die in Ihrer elektronischen Patientenakte hinterlegt werden. Bitte lesen Sie die nachfolgenden Informationen genau durch und achten Sie insbesondere auf die Punkte 1 bis 4, welche den Datenschutz und unsere Schweigepflicht betreffen.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung.

Führen Sie Adelstitel oder akademische Titel (Namenszusätze)?

Was ist (waren) Ihr Beruf(e)?

i.R. / a.D.

Wie sind Sie erreichbar (bevorzugte Nummer bitte unterstreichen)?

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Telefon mobil: _____ Fax: _____

Email: _____

nächste Angehörige (Name, Anschrift, Telefon): _____

Ehe-/Lebenspartner: _____

Kinder/Enkel: _____

sonstige: _____

Ihre Krankenversicherung:

gesetzlich (bitte Versicherungskarte und ggf. Überweisung vorlegen)

private stationäre Zusatzversicherung (gesonderte Vereinbarung erforderlich):

Chefarztwahl 1-Bettzimmer 2 – Bettzimmer Mehrbettzimmer

privat Selbstzahler

KVB: Klasse: _____ Postbeamten B Anspruch auf Sondertarif: _____

Standardtarif Basistarif (eingeschränkter Leistungsumfang, keine volle Kostenerstattung)

stationär: Chefarztwahl 1-Bettzimmer 2 – Bettzimmer Mehrbettzimmer

Wer ist Ihr überweisender Arzt? (ggf. ändern)

Wer ist Ihr Hausarzt? (ggf. ändern)

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Erklärungen (Der Text darf NICHT verändert werden, da sonst KEINE Behandlung möglich ist!):

1. Ich bin mit der **elektronischen Speicherung und Verarbeitung** meiner Personalien, Angaben und medizinischen Daten einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass die Anmeldung, das Wartezimmer und die Wartebereiche vor den Sprechzimmern mittels Videotechnik beobachtet werden. Eine Patienteninformation über den Datenschutz habe ich vorab erhalten.
2. Mit einer **Weitergabe dieser Informationen** und meiner medizinischen Daten an folgende Personen oder Einrichtungen erkläre ich mich grundsätzlich einverstanden:
 - konsiliarisch zugezogene, vor-, nach- und weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken
 - Vertreter, Angestellte und Assistenzärzte in der Praxis
 - derzeitige und künftig in die Praxis eintretende Partner oder Nachfolger
 - Kostenträger (z.B. Krankenversicherung), sofern eine gesetzliche Verpflichtung besteht oder ich diesen gegenüber eine entsprechende Entbindungserklärung abgegeben habe
3. Einen **schriftlichen Bericht** über die Ergebnisse der Untersuchungen und ggf. die Behandlung sollen/dürfen jeweils bis auf Widerruf erhalten:
 - überweisender Arzt (z.B. wie oben angegeben) JA NEIN
 - Hausarzt (wie oben angegeben) JA NEIN
 - folgende weitere Ärzte/Kliniken _____

ich selbst:

 - per Fax (nur nach telefonischer Ankündigung) an folgende Nummer: _____
 - per Post (**Freikuvert oder Briefmarke erbeten**)
 - per PDF online Zugriff auf www.doctolib.de (**Konto muss vorab mit einem Handy verknüpft werden**)

Befunde bezüglich Sexualproblemen dürfen auch mitgeteilt werden JA NEIN
4. **Mündliche Auskunft** über meinen Gesundheitszustand darf/dürfen neben oben genannten Angehörigen und unter 3 genannten Personen/Kliniken bis auf Widerruf erhalten:
 - folgende weitere Personen:
5. Eine **Terminreminder** („Recall“) wird als freiwillige Leistung angeboten. Ein Versäumnis unsererseits oder aufgrund einer EDV-Panne begründet keinen Anspruch auf Schadenersatz.
6. **Bei Verhinderung müssen Sprechstundentermine mindestens 1 Woche vorher abgesagt werden** (im akuten Erkrankungsfall unverzüglich);
7. Auch bei bester Organisation kann es durch Notfälle zu **Verschiebungen im Terminplan** kommen. Hierbei können auch einmal Verzögerungen von weit mehr als 30 Minuten eintreten. Auch in einem solchen Falle verzichte ich auf Schadenersatzansprüche.
8. Bei Inanspruchnahme von **Selbstzahler- oder individuellen Gesundheitsleistungen** erkläre ich, dass ich in der Lage bin diese fristgerecht (Fälligkeit 4 Wochen nach Rechnungsstellung) zu bezahlen. Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich zu den Regelsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
9. **Vertragspartner** für die ärztliche Behandlung sind der Patient und der behandelnde Arzt und nicht die für den Patienten zuständige Versicherung. Es kann auf Grund zunehmend restriktiver Erstattungen durch die Privatversicherungen vorkommen, dass bestimmte Leistungen von ihrer Privatversicherung nicht oder nicht vollumfänglich übernommen werden. Hierbei handelt es sich nicht um eine Fehlabrechnung unsererseits, sondern um eine Leistungseinschränkung Ihrer Privatversicherung. Bei besonders aufwändigen Untersuchungen und Therapien kann es notwendig sein einen über das übliche Maß gehenden Steigerungssatz der entsprechenden Leistung anzuwenden. Ich habe von der o.g. Sachlage Kenntnis genommen, akzeptiere einen evtl. über das übliche Maß hinausgehenden Steigerungssatz und werde Rechnungen grundsätzlich ungekürzt überweisen.
10. Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit versichert.
Änderungen werde ich unaufgefordert mitteilen.
11. Ich möchte eine Kopie dieses Bogens und meiner Angaben erhalten.
12. **Uelzen, den**

Unterschrift: _____ (Nachname und Vorname in Druckbuchstaben) Erfassung Scan