

Patientenfragebogen

Privatpatienten

Um uns besser auf Ihr Anliegen konzentrieren zu können, möchten wir Sie bitten, vorab einige Informationsfragen zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Versicherung _____
(Bei Basistarifverträgen, muss ein schriftlicher Nachweis der Versicherung vorgelegt werden, ansonsten wird zum Normaltarif abgerechnet.)

Hausarzt: _____
(Bitte Adresse mit angeben)

Stamm-Apotheke: _____

Überweiser: _____
(Bitte Adresse mit angeben)

Allergien: _____

Arztbrief per: ☐ Ausdruck ☐ E-Mail ☐ Arzt-Direkt App

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

- o siehe Mediplan _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____

Unter welchen Symptomen / Beschwerden leiden Sie ?

Symptome / Beschwerden	Seit wann
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Welche Erkrankungen / Vorbehandlungen sind noch bekannt ? (z.B. Herzschrittmacher)

- _____

Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung

zwischen PD Dr. med. Tobias Rupprecht /Dr. med. Anna Kemény und o.g. Patienten wird vereinbart, dass die Honorarvereinbarung für die gesamte Behandlung per Privatliquidation auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erfolgt. Zum Ansatz kommen die Regelfaktoren 1,15 für Laborleistungen (ggf. 1,3 für Laborleistungen mit erhöhtem Aufwand), 1,8 für technische Leistungen sowie 2,3 (bei besonderem Aufwand ggf. auch 3,5) für ärztliche Leistungen.

Datum

Unterschrift

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisenden Arzt zu nennen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.
2. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.
3. Ich bin auch damit einverstanden, dass die von der Praxis Neurologie Gräfelfing erforderlichen Daten und Befunde beim Hausarzt und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, eingeholt werden. Diese Informationen dürfen nur zum Zwecke der von der Praxis zu erbringenden Leistungen verwendet werden.
4. Bitte überprüfen Sie nochmal ihre E-Mail Adresse (bei angekreuztem Arztbrief per E-Mail), es wird keine Haftung übernommen falls eine falsche Mailadresse hinterlegt worden ist.
5. Das Informationsblatt zum Datenschutz (im Wartezimmer ausliegend) habe ich gelesen und verstanden. Ich habe diesbezüglich keine weiteren Fragen

Sie können diese Willensäußerung und Einverständniserklärung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Gräfelfing

Ort, Datum

Unterschrift