

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Untersuchung möchte ich Ihnen einige allgemeine Fragen stellen.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens wird es uns ermöglichen, uns im persönlichen Gespräch auf Ihre augenblicklichen Beschwerden und die Untersuchung zu konzentrieren.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wegen welcher aktuellen Beschwerden sind Sie zu uns gekommen?

Bitte schildern, Sie hier in kurzen Stichworten Ihre persönliche Krankenvorgeschichte (Unfälle, Operationen, ansteckende Erkrankungen)

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel und Antibabypille angeben (Bitte Name, Dosierung z.B. mg und Zeitpunkt der Einnahme):

Rauchen Sie gewohnheitsmäßig? Ja Nein

→ Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?

tägl. mehrmals in der Woche selten nie

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

→ Wenn ja, welche? _____

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

→ Wenn ja, welche Woche? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! 😊

Gemeinschaftspraxis Prof. Heufelder, Prof. Stoffel & Kollegen
Am Kosttor 1, 80331 München
Tel.: 089-232392990, Fax: 089-23239299-20
info@prof-heufelder.de, www.prof-heufelder.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

ANMELDUNG FÜR PRIVATPATIENTEN

Name _____ Vorname _____

Namenszusatz _____ Akad. Titel _____ Geburtsdatum _____

Straße / Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____ Tel. tagsüber/Arbeit _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Privatversichert wo: _____ Selbstzahler

Name/Adresse des Hauptversicherten _____ Geburtsdatum _____
(falls abweichend!)

Soll Ihr Hausarzt oder überweisender Arzt über die Behandlung in unserer Praxis informiert werden? Ja Nein

Wenn ja : _____
Name der Praxis und Fachrichtung

Adresse

Da wir grundsätzlich ohne Rücksprache mit Ihnen keine Befunde/Arztbriefe/Informationen an andere Ärzte rausgeben, bitten wir Sie sich persönlich mit uns in Verbindung zu setzen, falls diese an eine andere Praxis/Klinik etc. weitergeleitet werden soll. Durch zweite Personen oder andere medizinische Institutionen ist dieses nicht möglich.

siehe Rückseite

Gemeinschaftspraxis Prof. Heufelder, Prof. Stoffel & Kollegen

Am Kosttor 1, 80331 München

Tel.: 089-232392990, Fax: 089-23239299-20

info@prof-heufelder.de, www.prof-heufelder.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

FORM DER RÜCKMELDUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lassen Sie uns wissen, in welcher Form Sie eine Rückmeldung wünschen. Mögliche anfallende Rezepte erhalten Sie grundsätzlich auf dem Postweg.

per Post (einschl. Labor)

per E-Mail (einschl. Labor)

E-Mail Adresse _____

Dürfen wir Ihnen bei Rückfragen oder für kurze Informationen eine E-Mail schicken?

Ja

Nein

Die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. A. Heufelder, Prof. Dr. med. M. Stoffel und Kollegen versendet E-Mails ausschließlich unverschlüsselt. Die Unterzeichnerin/der Unterzeichner wird darauf hingewiesen, dass die unverschlüsselte elektronische Übersendung von Daten über das Internet mit vielfältigen Gefahren und Risiken verbunden ist. Beispielweise können Daten von Dritten ausgespäht, gespeichert, manipuliert oder gelöscht werden. Es besteht keine Sicherheit über die Identität des Absenders und Authentizität des Inhaltes von unverschlüsselten elektronischen Daten. Eine Vertraulichkeit der Übertragung kann nicht gewährleistet werden. In Kenntnis dieser Risiken besteht die Unterzeichnerin/der Unterzeichner dennoch auf der elektronischen Übersendung von Daten per E-Mail und übernimmt das Risiko der fehlerhaften Übertragung, ab dem Zeitpunkt, in der die elektronische Nachricht die technische Infrastruktur unserer Praxis verlässt. Die Unterzeichnerin/ der Unterzeichner erklärt Folgendes:

Ich ermächtige die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. A. Heufelder, Prof. Dr. med. M. Stoffel und Kollegen zur unverschlüsselten elektronischen Übersendung von Daten, auch für den Fall, dass hier vertrauliche und/oder personenbezogene Daten miterfasst sind.

Name

Datum/Unterschrift

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

Einverständniserklärung/Schweigepflichtsentbindung

Patient/in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer		PLZ/Wohnort
Versicherung	Versicherungsnummer/Tarif	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <small>(bitte ankreuzen)</small>

PKV-Basistarif (Nachweis erforderlich)

gesetzlicher Vertreter: (falls erforderlich)

Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
-----------------------------	-----------

Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass die untenstehende Praxis (ärztliche Einrichtung)

- zum Zwecke der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die

Dr. Meindl u. Partner

Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg

(im Folgenden „Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle“)

weitergibt.

- Insoweit entbinde ich den Arzt (die ärztliche Einrichtung) ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Arzt (die ärztliche Einrichtung) die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle abtritt.

Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Arzt/die behandelnden Ärzte/Klinik als Zeuge vernommen werden kann (können).

- Einwilligung nach Datenschutzgesetz
 Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem Arzt (der ärztlichen Einrichtung) und der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

Ich verpflichte mich, die für die Behandlung anfallenden Kosten bzw. das nach der GOÄ/GOZ berechnete Honorar selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungs-/Klinikkosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig davon, ob Versicherungen und/oder Beihilfestellen diese ganz, teilweise oder nicht übernehmen.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters