esculap
Ärztezentrum

PRIVATARZT PRAXIS für INNERE MEDZIN

Anmeldebogen

Persönliche Daten

Bitte das Formular möglichst vollständig ausfüllen und zu Ihrem Termin bei uns bitte mitbringen

Patient*in

Vorname

Nachname

PLZ

Ort

Straße

Beruf (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon (beste Erreichbarkeit)

weitere Telefonnummer

eMail Adresse

wenn Kontakt via eMail erwünscht
Zusendung von Befunden *ohne Verschlüsselung oder digitale Signatur*

Fax Nummer

wenn Übermittlung via Fax erwünscht

Versicherter (falls abweichend von Patientendaten / anderer Rechnungsempfänger)

Vorname

Nachname

PLZ

Ort

Straße

Beruf (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Telefon (beste Erreichbarkeit)

Krankenkasse

Besondere Regelungen im Abrechnungssatz:

Beihilfeberechtigt ja ___ nein ___

Hausarzt (freiwillige Angabe)

Durch wen oder was wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

___ Hausarzt ___ Empfehlung ___ Internet

Ort, Datum

Unterschrift

PRIVATARZT PRAXIS für INNERE MEDZIN
Nordanlage 21
35390 Gießen

eMail: praxis@privatzarzt-giessen.de
www: privatarzt-giessen.de
phone: +49 (0)641 944 64 64

esculap
Ärztezentrum

PRIVATARZT PRAXIS für INNERE MEDZIN

Anmeldebogen

Anamnese

Vorerkrankungen

- ___ Herz- Kreislaufbeschwerden
  - ___ Bluthochdruck
  - ___ Koronare Herzerkrankung
  - ___ Gefäßverkalkung der Halsschlagader
  - ___ Rhythmusstörungen
  - ___ Ohnmachtsneigung
- ___ Allergien

- ___ Diabetes
- ___ Rheuma
- ___ Kopfschmerz
- ___ Tinnitus
- ___ Infektionserkrankungen
- ___ Schilddrüsenerkrankungen
- ___ Venenerkrankungen
- ___ Schlafbezogene Atmungserkrankungen

- ___ Magen-Darm Beschwerden
  - ___ Morbus Crohn
  - ___ Colitis ulcerosa
  - ___ Refluxbeschwerden
  - ___ Sonstiges

Der Grund Ihres Besuchs / aktuelle Beschwerden:

Medikamentenplan

Name des Präparates / Dosis	Einnahme morgens	mittags	abends	zur Nacht

Medikamentenunverträglichkeiten

PRIVATARZT PRAXIS für INNERE MEDIZIN
Nordanlage 21
35390 Gießen

eMail: praxis@privatzarzt-giessen.de
www: privatarzt-giessen.de
phone: +49 (0)641 944 64 64

esculap
Ärztezentrum

PRIVATARZT PRAXIS für INNERE MEDZIN

Anmeldebogen

Behandlungsvertrag

Hiermit beantrage ich für mich, Herrn/Frau .....

bzw. für .....

die Untersuchung und Behandlung durch Herrn Dr. med. Mathias Pohl und/oder Herrn Dr. med. Wolfgang Waas und/oder Herrn Dr. med. Tim Block und/oder Frau Nadine Rademann.

Mir ist bekannt, dass eine Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich ist, sondern eine Abrechnung nur gegenüber Privatkassen auf Grundlage der GOÄ erfolgt.

Sofern ich Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse bin, verpflichte ich mich, die Behandlungskosten nach Berechnungsgrundlage der GOÄ selbst zu zahlen.

Sofern das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze gem. § 5 GOÄ) berechnete Honorar von Versicherung und Beihilfestellen nicht übernommen wird, trage ich die Kosten selbst. Dies gilt auch für die durch Anwendung analoger Bewertung entstehenden Kosten.

Mit ist bekannt, dass Herr Dr. Pohl, Herr Dr. Block, Herr Dr. Waas und Frau Rademann die Honorarforderung zur Abrechnung an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH abtreten. Mit dieser Abretung und der notwendigen Übermittlung der dazu erforderlichen Angaben erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass Blut zur Untersuchung in ein oder mehrere Labore eingesandt wird und in diesem Zusammenhang meine persönlichen Daten an das Labor weitergegeben werden.

Falls im Rahmen von Endoskopien Gewebsproben entnommen werden, erfolgt hierüber eine zusätzliche Rechnung für die histologische Untersuchung aus der ÜGP MVZ Institut für Pathologie. Dafür werden die persönlichen Daten an das Pathologische Institut übermittelt.

Die Möglichkeiten der Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

_____

Datum, Unterschrift des Patienten

PRIVATARZT PRAXIS für INNERE MEDIZIN
Nordanlage 21
35390 Gießen

eMail: praxis@privatzarzt-giessen.de
www: privatarzt-giessen.de
phone: +49 (0)641 944 64 64