

## Anmeldebogen

## Persönliche Daten

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

### Patient\*in

Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Beruf (freiwillige Angabe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (beste Erreichbarkeit)	weitere Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
eMail Adresse	Fax Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

wenn Übermittlung via Fax erwünscht

### Versicherter (falls abweichend von Patientendaten / anderer Rechnungsempfänger)

Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Beruf (freiwillige Angabe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	
<input type="text"/>	
Telefon (beste Erreichbarkeit)	
<input type="text"/>	

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

## Anmeldebogen

## Anamnese

### Vorerkrankungen

Herz- Kreislaufbeschwerden

Bluthochdruck

Koronare Herzerkrankung

Gefäßverkalkung der Halsschlagader

Rhythmusstörungen

Ohnmachtsneigung

Allergien

Diabetes

Rheuma

Kopfschmerz

Tinnitus

Infektionserkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Venenerkrankungen

Schlafbezogene Atemwegserkrankungen

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


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 Abtretung 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 Gewebeproben 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