

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	Fax Nummer
wenn Kontakt via eMail erwünscht Zusendung von Befunden <i>ohne</i> Verschlüsselung oder digitale Signatur	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

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.

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.

Mir ist bekannt, dass Herr Dr. Pohl, Herr Dr. Block und Herr Dr. Waas 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