

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie richtig behandeln zu können und um Ihre Behandlung genau auf Sie abstimmen zu können, ist es wichtig, einige Informationen von Ihnen zu erhalten. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name, Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

E-Mail

Telefon

<input type="text"/>

Strasse und Hausnummer

<input type="text"/>

Postleitzahl und Ort

<input type="text"/>

Beruf und wöchentliche Arbeitszeit

<input type="text"/>

Hausarzt / Überweiser (Name, Adresse)

Wie möchten Sie angesprochen werden ?

Herr Frau

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren ?

Ja Nein

Wünschen Sie Eintragungen in Ihre ePatientenakte?

Ja Nein

Dürfen wir Befunde bei anderen Ärzten abfragen?

Ja Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns ?:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Handelt es sich um?

akute Beschwerden Kontrolle Vorsorge 2. Meinung

Liegen bei Ihnen bekannte Allergien vor? (bitte vollständig ausfüllen):

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Medizinische Angaben:

<input type="text"/>

Körpergröße (cm)

<input type="text"/>

Gewicht (kg)

Dauermedikamente: Bei mehr als 3 Medikamenten, bringen Sie bitte Ihren bundeseinheitlichen Medikationsplan mit QR-Code mit.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie an mindestens einer der folgenden Symptome / Krankheiten / Infektionen leiden oder litten:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenstörung | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hirntumor |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Insulinpumpe |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen | <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP | <input type="checkbox"/> Darm OP |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Potenzstörung | <input type="checkbox"/> Libidostörung | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gemütsstörung | <input type="checkbox"/> Angststörung |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> Basedow |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> SD-Unterfunktion | <input type="checkbox"/> SD-Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Bauchschmerz |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ständiges Räuspern |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Magersucht | <input type="checkbox"/> Bulimie |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter OP | <input type="checkbox"/> Eierstockzyste | <input type="checkbox"/> PCOS |
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Männliche Behaarung | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie |

Wieviele Kinder haben Sie?

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? (Art des Eingriffs)

Wann war Ihre erste Periode? (zirka)

Wann war Ihre letzte Periode?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie die Pille ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie leibliche Kinder ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Laktoseintoleranz ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie NIE Alkohol ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Treiben Sie mehr als 1 Stunde Sport pro Woche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie länger als 3 Monate Kortison genommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie mehr als 3 Liter am Tag? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie mehr als 0,5 Liter pro Nacht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie bereits eine Magenspiegelung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist in Ihrer Familie Brustkrebs bekannt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist in Ihrer Familie Darmkrebs bekannt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verwenden Sie eine hormonelle Verhütungsmethode? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hiermit stimmen Sie zu, dass wir Ihre Daten für die interne Datenverarbeitung zum Zwecke Ihrer Behandlung gespeichert werden. Dies beinhaltet auch Laboruntersuchungen, die auswärtig durchgeführt werden und andere Dritte die zur Organisation, Durchführung und Verwaltung der Behandlung hinzugezogen werden. (zB. Online Terminvereinbarung, Abrechnungsstellen...)

Wir erstellen einen Arztbericht sobald alle Befunde vorliegen. Ihre Befunde und Ergebnisse werden Ihrem Hausarzt oder Überweiser per eArztbrief über das sichere KV-SafeNet übermittelt. Zusätzlich erhalten Sie - sobald technisch möglich - eine Kopie aller erhobener Befunde auf Ihre elektronische Patientenakte gespielt. Vielen Dank für Ihr Verständnis, dass Vorabinformationen über Ergebnisse nicht kommuniziert werden und Zwischenberichte nicht erstellt werden können. Wenn sich Ergebnisse zeigen, die ein umgehendes Handeln erfordern, werden Sie als Patient telefonisch informiert und notwendige Schritte werden eingeleitet (Rezept / Überweisung ...). Im medizinischen Notfall sind wir für Kollegen stets erreichbar.

Für Papierkopien sowie durch Sie angeforderte Dokumente müssen wir Ihnen eine Bearbeitungsgebühr analog GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) berechnen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei schuldhaften, kurzfristigen Terminabsagen unter 24 Stunden, oder bei schuldhaftem Nichterscheinen zum Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,- Euro fällig ist.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. Unterschrift Vormund

Bitte drucken jetzt den ausgefüllten Aufnahmebogen aus und bringen das Formular unterschrieben mit zu Ihrem Termin. Vergessen Sie bitte nicht: Versichertenkarte, Überweisungsschein, Vorbefunde und Medikationsplan mit QR-Code.

Behandlungsvertrag für Privatpatienten und Selbstzahler

Zwischen Ihnen (Angaben siehe Seite 1) - nachfolgend Patient – und dem MVZ Endokrinologie Zentrum Ulm GmbH , Weinbergweg 41, 89075 Ulm - nachfolgend Praxis.

Der Patient bestätigt bei folgender Versicherung privat krankenversichert zu sein:

im Normaltarif versichert zu sein

in folgendem Sondertarif mit verringerten Steigerungssätzen versichert zu sein:

Stadardtarif

Basistarif

Postbeamtenkrankenkasse

KVB I-III

anderer:

Eine Bescheinigung ist der Praxis binnen fünf Werktagen vorzulegen,
andernfalls wird der Normaltarif verrechnet.

Nach Kostenerstattungsprinzip bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu sein

Selbstzahler zu sein

Hauptversicherter ist....

der Patient selbst

nicht der Patient selbst. Bitte Name und Anschrift angeben:

Ort, Datum

Unterschrift

Bei minderjährigen oder betreuten Patient:innen

Unterschrift Vormund / Hauptversicherter

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass eine Einwilligung des weiteren Sorgeberechtigten zur Behandlung ebenfalls vorliegt.

Bitte drucken jetzt den ausgefüllten Behandlungsvertrag aus und bringen das Formular unterschrieben mit zu Ihrem Termin. Vergessen Sie bitte nicht: Versichertenkarte, Überweisungsschein, Vorbefunde und Medikationsplan mit QR-Code.

Abrechnungshinweise

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie für konventionelle, innovative und ganzheitliche Behandlungsmethoden:

- Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für Analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.
- Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen dem 1,0 und 3,5fachen Satz.
- Da derzeit für viele z.T. neue und/oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührenziffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.
- Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.
- Der Sie behandelnde Arzt wird anhand der von Ihnen geschilderten Symptome und Ihrer Anamnese die notwendigen Laboruntersuchungen anordnen. Sollten Sie dies nicht wünschen ist dies vor der Blutentnahme von Ihnen Kund zu tun. In solchen Fällen kann eine Blutentnahme erfolgen welche nicht Ihrem Beschwerdebild umfassend Rechnung trägt.
- Ein Ausfallhonorar kann bei fehlender rechtzeitiger Absage des Termins anfallen.
- Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreiten des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerhebliche finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand grundsätzlich auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihre Kostenerstattung hinweisen:

- Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zu-stande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten* und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss.
- Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.
- Dem Patienten ist es nicht gestattet, gegenüber einem privaten Kostenträger seinen Leistungsanspruch aus einer Arztrechnung abzutreten.
- Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV (GKV) darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben.
- Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert * oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt ** und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

- Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Ihr Anspruch auf medizinische Versorgung durch Vertragsärzte bei Vorlage der Krankenversicherungskarte sichergestellt. Für Privatärzte bzw. außervertragliche Leistungen gilt diese Regelung nicht. Deshalb müssen Sie Ihren Entschluss, sich auf eigene Kosten von einem Arzt behandeln zu lassen, durch eine schriftliche Vereinbarung mit ihm bestätigen (vgl. §18 BMV-Ä).
 - Gesetzlich Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, gelten als Privatpatienten und erhalten eine Rechnung nach GOÄ. Auch sie müssen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung mit Ihrem Arzt abschließen. Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte. Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden. Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen. Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.
- Wichtiger Hinweis: Seit 01.01.2007 gelten wesentliche Änderungen im Beihilferecht. Verordnungsfähige, aber nicht verordnungspflichtige Medikamente sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr beihilfefähig.