

DR. MED. MONIQUE STENGEL

FACHÄRZTIN FÜR DERMATOLOGIE, VENEROLOGIE, ALLERGOLOGIE UND NATURHEILVERFAHREN
PRIVATPRAXIS

Patientenanmeldung und Behandlungsvertrag

Nachname: _____ Vorname: _____
Straße/Nr: _____ PLZ/Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Telefon tagsüber: _____ Email: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Freunde/Familie/Bekannte
 Hausarzt hat überwiesen an uns Sonstiges _____

Haben Sie:

- einen Herzschrittmacher? Ja Nein
- eine internistische Erkrankung Ja Nein
wenn ja, welche? _____
- Allergien? Ja Nein
- eine Überempfindlichkeit gegen Arzneimittel? Ja Nein
wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie:

- Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, Aspirin, Plavix?) Ja Nein
- regelmäßig sonstige Medikamente? Ja Nein
wenn ja, welche? _____

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

Ihre Wünsche

- Haut (z.B. Hautkrebsvorsorge, Male, Flecken, Pflege), Haare, Nägel
 Allergien
 Verschönerung von Narben, Dehnungsstreifen
 Hilfe bei übermäßigem Schwitzen (z.B. Achseln, Hände, Füße)
 Gesichtsverjüngung (Falten, Hautstruktur)
 Sonstiges: _____

Dürfen wir telefonisch oder schriftlich mit Ihnen Kontakt aufnehmen? Ja Nein

DR. MED. MONIQUE STENGEL

FACHÄRZTIN FÜR DERMATOLOGIE, VENEROLOGIE, ALLERGOLOGIE UND NATURHEILVERFAHREN
PRIVATPRAXIS

Ich bestätige, dass ich

- bei der gesetzlichen Krankenversicherung _____ versichert bin und bestätige ausdrücklich, dass ich Privatbehandlung wünsche.
- in vollem Umfang privat bei der _____ versichert bin und die Rechnung nach §12 der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bis zum 3,5-fachen Satz in voller Höhe bezahle.

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Hinweis:

Sie kommen zur Arztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird. Ich bin damit einverstanden, dass mir Termine, die ich nicht mindestens 48 Stunden im Voraus absage, in voller Höhe in Rechnung gestellt werden können.

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per Anruf oder Email?

Ja Nein

Falls ja, bitte gewünschte Form der Terminerinnerung (Anruf oder Email) unterstreichen oder einkreisen

Die Praxis rechnet über eine Abrechnungsstelle ausnahmslos direkt mit dem Patienten ab.

Sofern kein privater Krankenversicherungsschutz besteht oder ambulante Leistungen in Anspruch genommen werden, die vom privaten Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, ist der Patient als Selbstzahler uneingeschränkt zur Entrichtung des Entgelts für die ambulanten Leistungen verpflichtet. Eine Bezahlung der Rechnung durch Erstattungsstellen (z.B. Krankenkasse, Beihilfe) ist daher möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) wird Ihnen von dieser Fachabteilung eine gesonderte Rechnung zugehen (§ 4 Abs. 5, GOÄ).

Mit der Weitergabe meiner Daten zur Leistungserbringung Dritter (z.B. Labor, Histologie) bin ich einverstanden, selbstverständlich werden sämtliche Informationen vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, das berechnete Honorar unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung oder meiner Beihilfestelle zu zahlen.

Starnberg, Datum _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

(bei minderjährigen Patienten des Sorgeberechtigten)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten.

DR. MED. MONIQUE STENDEL

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Dr. Monique Stengel
Maximilianstraße 10
82319 Starnberg
kontakt@drstengel.de
Tel. 08151-744 55 55

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Laborärzte (laborärztliche Leistungen und Untersuchungen), Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, Sozialleistungsträger, Berufsgenossenschaften (bei Berufskrankheiten), und Meldung gemäß Bundesinfektionsschutzgesetz (bei übertragbaren Krankheiten auch ohne Zustimmung ggf. anonymisiert bzw. pseudoanonymisiert) sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

DR. MED. MONIQUE STENDEL

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27
91522 Ansbach
Tel: 0981-1300, Fax 0981-5300
<http://www.lda-bayern.de>

6. Übermittlung von medizinischen Daten per Email, SMS und WhatsApp

Anfragen und Übermittlung von allen personenspezifischen Daten und/ oder medizinischen Fragen sowie Daten aller Art per Whatsapp sind im Rahmen unserer Praxistätigkeit nicht zulässig und werden nicht beantwortet. Dasselbe gilt grundsätzlich ebenso für SMS. Sollte ein Austausch per SMS stattfinden, erklären Sie sich als Patient(stellvertreter/Erziehungsberechtigter mit der Übermittlung personenspezifischer Daten sowie dem Austausch von Patientendaten einverstanden.

Medizinische Anfragen und Datenübermittlung per Email sind im Praxisalltag unvermeidbar und erleichtern oder ergänzen das persönliche oder telefonische Patientengespräch und/oder die Übermittlung von Informationen und patientenspezifischen Daten.

Sie als Patient/Stellvertreter erklären sich einverstanden, dass Kommunikation auf diesem Weg erfolgen kann. Sie sind sich hierbei bewusst, dass ein Austausch per Email einen unverschlüsselten Kommunikationsweg darstellt und stimmen diesem Weg ausdrücklich zu.

Die Emails werden gespeichert und archiviert (siehe Punkt 4).

Sie können dem Austausch von medizinischen Informationen per Email jederzeit widersprechen.

7. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Datenschutzerklärung erhalten und akzeptiert.

Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Stellvertreter

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Patient/in

Nachname: _____ Vorname: _____
Straße/Nr: _____ PLZ/Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Versicherung: _____
Telefon/Mobil-Nr: _____

gesetzlicher Vertreter bzw. abweichender Rechnungsempfänger: (falls erforderlich)

Nachname: _____ Vorname: _____
Straße/Nr: _____ PLZ/Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon/Mobil-Nr: _____

Zusatzklärung bei minderjährigen Patienten:

Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

• Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der untenstehende Leistungserbringer

- Zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg (im Folgenden „Verrechnungsstelle“)

Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.

- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die unten stehenden Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Stempel, Leistungserbringer

Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die vorstehend abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Anderenfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 98478 301 - eMail: datenschutz@verrechnungsstelle.de

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle