

ANMELDEBOGEN
BEHANDLUNGSVERTRAG

Privatpraxis
DR. MED. M. KIEßLING
Orthopädie – Osteopathie
Laufamholzstr. 116
90482 Nürnberg

Name, Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Mobil-Nr.:

Beruf:

Bei Minderjährigen - Name und ggf. abweichende Anschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. Hauptversicherten:

Titel:

Geburtsdatum:

Telefon privat:

E-Mail:

Telefon Geschäft:

Name Private Versicherung: _____

☐ **Private Krankenversicherung** – (GOÄ Faktor: ärztliche Leistungen 2,3 bis 3,5;
technische Leistungen 1,8 bis 2,5; Laborleistungen 1,15 bis 1,3)

☐ **Private Krankenversicherung – abweichender Tarif** (Nachweis erforderlich)

Ggf. Tarif**besonderheiten**: Beihilfe: ☐ KVB I-III: ☐ KVB IV: ☐ Post-B: ☐

☐ **Gesetzlich versichert** (Selbstzahler)

Hausarzt (mit Adresse): _____

Bisherige **Operationen (mit Jahresangabe)**,
insbesondere orthopädische: _____

Folgende **Grunderkrankungen** liegen/lagen bei mir vor: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Diabetes mellitus: ☐

Bluthochdruck: ☐

Herzerkrankung, welche: _____

Herzschrittmacher ☐, STENT ☐, Bypass ☐, wann: _____

Schilddrüsenerkrankung: ☐

Blutgerinnungsstörungen: ☐

Metallische Implantate: _____

Asthma: ☐

(z.B. Prothesen, Clips, Hörgerät, Cochleaimplantat)

Thrombose/Lungenembolie: ☐

Schlaganfall/TIA: ☐ (wenn ja, wann?: _____) Lebererkrankung: ☐

Nierenerkrankung/-insuffizienz: ☐

COPD: ☐

Magen-/Darmerkrankungen, welche: _____

Rheuma: ☐

Grüner Star/Erhöhter Augeninnendruck: ☐

Krebserkrankungen, welche und wann: _____

Anfallsleiden/Epilepsie: ☐

Multiple Sklerose/Erkrankungen des zentralen Nervensystems: ☐

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis A/B/C, TBC): _____

Erläuterung anderer wichtiger Erkrankungen: _____

Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten: ja: ☐ nein: ☐

Lokalanästhetika: ☐ Wenn ja, welche? _____

Ibuprofen: ☐ Novalgin/Metamizol: ☐ Diclofenac: ☐ Erdnüsse: ☐ Latex: ☐

Weitere Allergien: _____

Ich nehme **regelmäßig** folgende **Medikamente** ein:

Blutverdünner wie z.B. Marcumar, Clopidogrel, Eliquis, ASS: _____

Andere Medikamente: _____

ANMELDEBOGEN
BEHANDLUNGSVERTRAG

Privatpraxis
DR. MED. M. KIEßLING
Orthopädie – Osteopathie
Laufamholzstr. 116
90482 Nürnberg

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Titel:

Abrechnungsinformation und Einwilligungserklärung:

Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der jeweils gültigen Richtlinien und den aktuellen analogen Bewertungen der Bundesärztekammer. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5-fachen Satz.

Es kann nicht garantiert werden, dass alternative Behandlungsmethoden, wie z.B. Stoßwellentherapie, AXOMERA, Osteopathie oder Hyaluronsäure-Injektionen ganz oder teilweise von der Krankenkasse bzw. Beihilfe erstattet werden. Der Vergütungsanspruch bleibt hiervon unberührt. Auf Wunsch erhalten Sie von uns jedoch eine ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei Ihrer Krankenversicherung, zwecks vorheriger Abklärung der Kostenübernahme.

Sollte die Rechnungsstellung nicht direkt durch die Praxis erfolgen, werden die Honoraransprüche an eine privatärztliche Verrechnungsstelle abgetreten, welche die Abrechnung im Auftrag der Praxis vornimmt.

Der Behandlungsvertrag ist rechtlich unabhängig von Ihrem Krankenversicherungsvertrag und Ihren Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten.

Sie sind darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrags teilweise oder ganz ablehnen kann. Die privatärztliche Verrechnungsstelle hilft Ihnen gerne, Ihre Ansprüche gegenüber Ihrer privaten Krankenversicherung durchzusetzen.

Um eine reibungslose Weiterbehandlung zu gewährleisten, erklären Sie sich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus Ihren Behandlungsunterlagen im Fall einer Vertretung oder bei einer späteren Praxisübergabe den betreffenden Ärzten zugänglich gemacht werden dürfen. Sie erklären sich außerdem einverstanden, dass Ihre Daten im Bedarfsfall an Dritte, wie **Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten bzw. sonstige Leistungserbringer wie z.B. Systembetreuer** weitergeleitet werden können. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Ihnen ist bekannt, dass Sie die freie Auswahl zum Bezug der verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel haben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die im Wartezimmer ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz gelesen zu haben.

WICHTIG:

Die Anwendung von medizinischen Maßnahmen in Verbindung mit Schwangerschaft und Stillzeit stellen unter Umständen ein erhöhtes Risiko dar. Im Falle einer Schwangerschaft oder bei Kinderwunsch informieren Sie daher unverzüglich Ihren behandelnden Arzt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Praxisstempel

Dr. med. Marcus Kießling
Orthopäde / Unfallchirurg
Laufamholzstraße 116
90482 Nürnberg
Tel. 0176 / 55251025
Fax. 0911 / 36830339

Angaben des Patienten

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Versicherung

Telefonnummer Mobil

Email

Bitte ankreuzen:

beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ neinPKV-Basistarif: ☐ ja ☐ neinPKV-Standardtarif: ☐ ja ☐ nein
(nach § 257 Abs 2a)Sondertarife: Versicherungsnachweis
muss vorgelegt werden

Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Private Versicherung _____

Nach vollständiger Aufklärung über die zu erteilende Einwilligungserklärung erkläre ich mich ausdrücklich freiwillig mit der

1. Weitergabe 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, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc.
2. gegebenenfalls Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die PriAS GmbH
3. im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der PriAS GmbH an die refinanzierenden Banken

einverstanden.

Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich verpflichte mich, die für die Behandlung anfallenden Kosten bzw. das nach der GOÄ/GOZ berechnete Honorar selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungs-/Klinikkosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig davon, ob Versicherungen und/oder Beihilfestellen diese ganz, teilweise oder nicht übernehmen.

Die auf der Rückseite aufgedruckten Hinweise zur Verarbeitung meiner Daten gemäß DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) habe ich gelesen und stimme zu.

Ort, Datum

Unterschrift (Versicherter / gesetzlicher Vertreter)

Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art und Zweck und deren Verwendung

Wenn Sie einer Abrechnung durch unser Unternehmen zugestimmt haben, erheben wir folgende Informationen:

- Anrede, Vorname, Nachname,
- eine gültige E-Mail-Adresse,
- Anschrift,
- Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk)
- Informationen, die für die Geltendmachung der Forderung des behandelnden Arztes im Rahmen des Auftrages an uns notwendig sind.

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

- um sie als Patienten identifizieren zu können;
- zur Korrespondenz mit Ihnen;
- zur Rechnungsstellung;
- zur Abwicklung der Ansprüche des behandelnden Arztes sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie;

Die Datenverarbeitung erfolgt auf ihre Einwilligung hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. B DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Abwicklung des Auftrages und für die Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Auftragsverhältnis des Arztes an uns erforderlich.

Die für die Abwicklung der Rechnungsstellung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (derzeit 10 Jahre) gespeichert und danach gelöscht, außer Sie haben in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt.

Weitergabe von Daten an Dritte

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt.

Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Auftrages zur Erstellung einer ärztlichen Rechnung und Einziehung des Rechnungsbetrages mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe an Gerichte und andere öffentliche Behörden zum Zwecke der Korrespondenz sowie zur Geltendmachung und Verteidigung der Rechte unseres Auftraggebers. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Betroffenenrechte

Sie haben das Recht:

- Gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Pro filing und gegebenenfalls aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- Gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- Gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- Gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- Gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;
- Gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen und
- Gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Firmensitzes wenden.

Widerspruchsrecht

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben oder sich der Widerspruch gegen Direktwerbung richtet. Im letzteren Fall haben sie ein generelles Widerspruchsrecht, das ohne Angabe einer besonderen Situation von uns umgesetzt wird.

Möchten Sie von Ihrem Widerrufs- oder Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E- mail an info@prias.de.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. med. M. Kießling

Laufamholzstraße 116

90482 Nürnberg

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 könne vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Krankenkassen, Ärztkammern und privatärztliche Verrechnungsstellen 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht

Promenade 27

91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Sollten Sie Fragen haben könne Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam