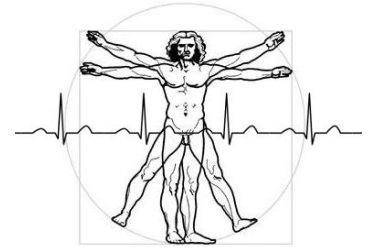




## Internistische Gesundheitspraxis

DR. MED. DIRK GEISENDORF  
- Facharzt für Innere Medizin -  
- Facharzt für Allgemeinmedizin -  
- Notfallmedizin -

Tel: 06164 – 32 56 Fax: – 55 272  
mail@internistische-gesundheitspraxis.de  
www.internistische-gesundheitspraxis.de



### Patienten - Fragebogen (Aufnahme und Schweigepflicht)

Name, Vorname		Geb.-Datum		
PLZ Ort	Strasse Nr.			
Tel.1 (tags)	Tel.2 ?			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> kosten- erstattung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	
Beruf	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	<input type="checkbox"/> berentet	

#### Schweigepflicht / Datenschutz / Behandlungsvertrag und Abrechnung Privatpatienten / Privatleistungen:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**

Überweisender Arzt – ist der Hausarzt  ja  nein

			Mit Bericht einverstanden	
Name	Fachgebiet	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Hausarzt (falls abweichend)

Name	Fachgebiet	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
------	------------	-----	--------------------------------	----------------------------------

2. **Privatpatienten erteilen mit ihrer Unterschrift einen Behandlungsauftrag. Grundlage der Abrechnung des Behandlungsvertrages ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese Vereinbarung ist auch gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die private Kasse nicht oder nicht in voller Höhe erfolgt.**
3. **Privatärztliche Termine sind im Falle einer Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da der Termin / die Untersuchung sonst in vollem Umfang berechnet werden muss.**

Ort, Datum

Unterschrift

>> Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite >>>

