

Patientenvertrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Tel. Büro / Firma: _____

Mobil: _____ Fax: _____

Versicherungsnehmer (bei minderjährigen Kindern):

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Derzeitige Krankenversicherung:

Name der Versicherung: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privatversicherung | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Privatversicherung und Beihilfe | <input type="checkbox"/> Selbstzahler / nicht krankenversichert |
| <input type="checkbox"/> Privatversicherung mit Basistarif (Faktor bis 1,0)
(Bitte Zusatzbogen ausfüllen) | <input type="checkbox"/> KVB I-III (Faktor 1,0 bis 2,2) |
| | <input type="checkbox"/> Postbeamten B (Faktor 1,0 bis 1,9) |

Ausführung

Die Rechnungslegung erfolgt nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Von der GOÄ '96 abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit einzelner medizinisch notwendiger Leistungen sind nicht maßgebend, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Direktabrechnungen mit Versicherungen oder Beihilfestellen werden nicht vorgenommen. Möglicherweise entstehende Differenzbeträge zwischen Rechnungshöhe und Erstattungsbetrag durch Versicherungen (z.B. beim privaten Basistarif-Vertrag) oder Beihilfestellen müssen durch den Patienten selbst ausgeglichen werden. Einzelne GOÄ-Ziffern können je nach Zeitaufwand und Komplexität der medizinischen Leistung bis Faktor 3,5 (nach Begründung) gesteigert werden. Sollten Sie Ihren Termin ohne vorherige Absage nicht wahrnehmen, wird Ihnen eine Analog-Gesprächsziffer als Ausfallhonorar an diesem Termin in Rechnung gestellt.

Erklärung des Patienten

Ich wünsche die Privatbehandlung durch Herrn Dr. Paul Dann / Herrn Dr. Jürgen Arnold.

Mir ist bekannt, dass ich als Unterzeichner für die entstehenden Kosten und Honorare in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin.

Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Verzögerung zu begleichen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Befunde, die im Zuge der Behandlung erhoben und dokumentiert werden, auch einem weiteren Arzt zugänglich gemacht werden, der die Praxisinhaber - etwa urlaubsbedingt, in Fällen der Fortbildung oder der Erkrankung - vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als Partner (z. B. Assistent) oder Nachfolger in die Praxis eintritt.

Düsseldorf, _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen _____

Vorgeschichte zur orthopädischen Behandlung einschließlich Injektionsbehandlung

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes **bitte ankreuzen und unterstreichen** bzw. ergänzen. Wir helfen Ihnen bei Bedarf gerne beim Ausfüllen.

	JA	NEIN
Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein? Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin), Beruhigungsmittel, Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder _____		
falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen.		
1. Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Sie an einem der folgenden Organe bzw. Organsystem erkrankt sind oder waren:	JA	NEIN
Herz-/Kreislaufsystem: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Nieren: Nierenentzündung, hohe Kreatininwerte, Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Lunge: Asthma, Tbc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Magen/Darm: Entzündungen, Geschwüre, Pilzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Auge: Grüner Star (Eng-bzw. Weitwinkelglaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen.		
Blut: Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung, Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Sonstige Erkrankungen: Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
Nerven: Sind Nervenerkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Lähmungen? Wenn ja, wo? _____		
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie: (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder: _____		
falls Sie einen Allergieausweis besitzen, bitte vorlegen.		
2. Haben Sie eine akute Entzündung oder chron. Infektion z.B. Erkältung, Viruserkrankung (z.B. Herpesinfektion, HIV), entzündliche Hauterkrankung, Pilzinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurden Sie in den vergangenen 2 Wochen geimpft oder ist eine Impfung geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und wogegen?		

4. Wurde der beschwerdeführende Körperbereich/das Gelenk schon einmal geröntgt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Für Frauen im gebärfähigen Alter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnten Sie schwanger sein? Wenn ja, in welcher Woche? _____		
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>