

Sehr geehrte Patientin!
Herzlich Willkommen in meiner Praxis!



Bevor wir uns in Ruhe über Ihre medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist wichtig für eine adäquate und sichere Behandlung. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Vorname	Name
Strasse	Hausnummer
Plz	Ort
Geb. Datum	Hausarzt
Telefon privat	Telefon Mobil
Telefon Büro	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber

Versicherter (falls abweichend)	
Versicherung (Name der Versicherung)	
Beihilfeversicherung?	Basistarif?

Einverständniserklärung zur Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine sowie zur Speicherung und Bearbeitung der Patientendaten, Weitergabe von Rechnungsdaten:

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Bei sämtlichen mit Ihnen vereinbarten Terminen handelt es sich daher um Fixtermine. Wir halten uns nur für Sie die vereinbarte Zeitspanne frei. Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine pünktlich einzuhalten bzw. im Falle der Verhinderung, sofern möglich, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Versäumte Termine werden mit einem Betrag von 75€ je angefangener halber Stunde in Rechnung gestellt. Dies gilt nicht, wenn der Patient unverschuldet dem Behandlungstermin fernbleibt. In diesem Fall sind die Gründe Frau Fortmann unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass Frau Fortmann berechtigt ist, versäumte Termine nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen und bin mit diesem Vorgehen einverstanden (§615 BGB).

Ich erkläre mich außerdem mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden
 Einverständniserklärung zur:

Überfällige Privatrechnungen werden von der Praxis Nina Fortmann zum Einzug an ein Inkassounternehmen übergeben. Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weiterleitung von Rechnungen und ggf. Mahnungen zum Einzug einverstanden und erkläre insoweit die Entbindung von der Schweigepflicht.

Baden-Baden, den _____, _____

Behandlungsvertrag

Ich erhalte bei Frau Fortmann eingehende fachärztliche medizinische Beratung, Untersuchungen und Behandlung. Diese wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet, wobei die Ziffern um den Faktor 2,3 bis 3,5 gesteigert werden. Individualvereinbarungen bleiben davon unberührt.

Das Honorar ist nicht abhängig von dem Vertrag, welchen ich mit meiner Krankenversicherung abgeschlossen habe, und somit auch zu entrichten, wenn meine Versicherung die Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt. Ich kann vor einer Untersuchung oder Behandlung die anfallenden Kosten erfragen und mich über die Kostenübernahme bei meiner Krankenkasse informieren.

Baden-Baden, den _____, _____

Nina Fortmann
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Naturheilverfahren
Maria-Viktoria-Straße 25
76530 Baden-Baden

www.nina-fortmann.de

Tel.: 07221 24915

AB für Rezepte: 398477

Fax: 07221 398499

E-Mail: praxis@nina-fortmann.de



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____, geb. _____ erkläre mich einverstanden, dass

- meine Daten zur Dokumentation in der Praxissoftware der Praxis Fortmann gespeichert werden. Das Merkblatt zur DSGVO habe ich gelesen und verstanden.
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- Die Praxis Nina Fortmann bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der Praxis zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____

- Eine Übermittlung meiner Daten an einen Online-Server im Sinne des E-health-Gesetzes wünsche ich nicht.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Baden-Baden, _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Bitte beantworten Sie Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

_____, geb. _____

Wie sind Sie auf meine Praxis gekommen? (Empfehlung, Internet...?) _____

Wann war die letzte Untersuchung beim Frauenarzt? Bei wem? _____

Meine erste Regelblutung war mit ____ Jahren.	
<input type="checkbox"/> Sie kam bisher meist regelmäßig alle ____ Tage und dauerte dann ____ Tage <input type="checkbox"/> Sie kam immer unregelmäßig	
Haben Sie Beschwerden, die mit der Blutung zusammenhängen? (Schmerzen/sehr starke Blutung...)	
Wann war Ihre letzte Regelblutung?	
Schwangerschaften (Jahr) und Geburten, Geschlecht/Gewicht? Wie geboren?	
Fehlgeburten oder Abbrüche	
Allergien:	
Erkrankungen (Blutdruck, Schilddrüse, Rheuma, Arthrose ...)	
Medikamente	
Operationen an weiblichen Geschlechtsorganen einschl. der Brust (mit Jahr),	
Andere Operationen (auch Mandeln und Blinddarm...), Wo haben Sie Narben?	
Wurde bereits eine Mammographie gemacht? Wann? Wo?	
Wurde bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? Wann, Wo?	
Eigene bösartige Erkrankungen (Wann, Art, Behandlung)	
Gibt es in der Familie Krebserkrankungen? Bei wem und welcher Art?	
Hatten Sie Röteln oder sind Sie geimpft? <input type="checkbox"/> gehabt <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> weiß nicht	
Hatten Sie Windpocken? <input type="checkbox"/> gehabt <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> weiß nicht	
Ansteckende Leberentzündung (Hepatitis B) <input type="checkbox"/> gehabt <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> weiß nicht	
Haben Sie einen Organspendeausweis? Interesse daran?	
Verhüten Sie? Wenn ja, auf welche Weise und seit wann?	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	
Rauchen Sie, wie viel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: ____ Zigaretten/Tag	
Trinken Sie regelm. Alkohol <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Größe/Gewicht _____ cm/_____ kg	
Dürfen wir Sie bei überfälligen Vorsorgeuntersuchungen erinnern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, auf welchem Weg? (Telefon/sms/Post/email)	

Baden-Baden, den _____, _____