

## **Bestätigung über die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung als Privatpatient**

Ich bestätige die ärztliche Behandlung durch die  
**Neurologische Gemeinschaftspraxis**  
**Drs. med. Mrass & Grünewald**  
**Schifferstr. 13 in 60594 Frankfurt**

als Privatpatient in Anspruch genommen zu haben und ferner die Richtigkeit der nachstehenden Eintragungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxisgemeinschaft, Ihre mir gegenüber aus dem Behandlungsverhältnis, sowie aus allen zukünftigen Behandlungsverhältnissen entstehenden Honoraransprüche zur Geltungsmachung und Einziehung an die **Ärztliche Verrechnungs-Stelle Büdingen GmbH** abtritt und stimme der Mitteilung der zur ordnungsgemäßen Erstellung einer Honorarabrechnung erforderlichen personen- und behandlungsbezogenen Angaben, insbesondere Diagnosen, sowie Art und Umfang der Therapie an die **Ärztliche Verrechnungs-Stelle Büdingen GmbH** ausdrücklich zu.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von dieser Einverständniserklärung abhängig ist und ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle davon ausnehmen kann.

Unzutreffendes bitte streichen!

- Die Liquidation des Honorars erfolgt durch die **Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH** direkt an mich.

- Das fällige Honorar wird in der Praxis direkt entrichtet.

Frankfurt, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

### **BITTE DEUTLICH UND LESBAR SCHREIBEN**

Herr / Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

wohnhaft in

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Name der privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

falls erforderlich, Name des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Patientenneuaufnahme

**Liebe Patienten,**

**für die Erfassung Ihres Krankheitsbildes ist es notwendig alle vorliegenden schriftlichen und bildgebenden Befunde zu beurteilen.**

**Legen Sie also bitte alle ärztlichen Vorberichte unseren Mitarbeitern bei Abgabe dieses Bogens vor.**

**→ Krankenhausberichte**

**→ Arztbriefe**

**→ Befunde der Bildgebung (MRT, CT)**

**→ aktuellen Medikamentenplan!**

**Ohne Kenntnis der Vorbefunde ist eine Behandlung oft nicht möglich oder sinnvoll!**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffende Antwort ankreuzen!**

	Ja	Nein	Mengenangabe pro Tag / pro Woche
Nikotin (Zigaretten)			
Alkohol (Bier, Wein, etc.)			
	----	----	In der Familie
Bluthochdruck			
Erhöhtes Cholesterin			
Tumorerkrankungen			
Diabetes mellitus			
Schlaganfall			
p AVK (Gefäßverkalkungen)			
Epilepsie			
Asthma			
Gerinnungsstörung			
Infektionskrankheiten (z.B. HIV)			
Herzerkrankungen, wenn ja welche? (z.B: KHK, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz,...)			
Psych. Erkrankung? (z.B. Depression)			
Allergien (auch auf Medikamente):			
Operative Eingriffe der letzten Jahre? (In den letzten 5 Jahren)			

**Bitte wenden →**

Bitte beschreiben Sie uns möglichst genau Ihre aktuellen Beschwerden! Welche Beschwerden führten also zur heutigen Vorstellung in unserer Praxis

**(bitte unbedingt ausfüllen!)** :

---

---

---

---

---

---

---

---

Nennen Sie uns bitte Ihre aktuellen Medikamente (ggf. Medikamentenplan vorlegen):

---

---

**Mein Hausarzt ist (bitte vollständige Adresse angeben):**

---

**Datenschutz**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger / Hausärzte auch per e-Mail übermittelt und durch uns (ja / nein) eingeholt werden.

Diese Einverständniserklärung kann durch mich jederzeit widerrufen werden.

**Vollmacht für:**

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die **folgenden** Angehörigen / Bekannten weitergegeben werden, nachdem deren Identität (auch am Telefon) festgestellt wurde:

Name: \_\_\_\_\_ (NICHT Ihr eigener Name)

Name: \_\_\_\_\_ (NICHT Ihr eigener Name)

Frankfurt, den .....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift Patient)