

Privatpraxis Kosttor  
Am Kosttor 1, 80331 München  
Tel.: 089-232392990, Fax: 089-23239299-20  
info@privatpraxis-kosttor.de, www.privatpraxis-kosttor.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

## ANMELDUNG FÜR PRIVATPATIENTEN

Name Vorname

Namenszusatz Akad. Titel Geburtsdatum

Straße / Hausnummer PLZ Ort

Tel. privat Tel. mobil Tel. tagsüber/Arbeit

Beruf Arbeitgeber

Privatversichert wo: \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Name/Adresse des Hauptversicherten Geburtsdatum  
(falls abweichend!)

**Wodurch bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

**Soll Ihr Hausarzt oder überweisender Arzt über die Behandlung in unserer Praxis informiert werden?**  **Ja**  **Nein**

**Wenn ja :** \_\_\_\_\_

Name der Praxis und Fachrichtung

Adresse

**Da wir grundsätzlich ohne Rücksprache mit Ihnen keine Befunde/Arztbriefe/Informationen an andere Ärzte rausgeben, bitten wir Sie sich persönlich mit uns in Verbindung zu setzen, falls diese an eine andere Praxis/Klinik etc. weitergeleitet werden soll. Durch zweite Personen oder andere medizinische Institutionen ist dieses nicht möglich.**

Privatpraxis Kosttor  
Am Kosttor 1, 80331 München  
Tel.: 089-232392990, Fax: 089-23239299-20  
info@privatpraxis-kosttor.de, www.privatpraxis-kosttor.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

## FORM DER RÜCKMELDUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lassen Sie uns wissen, in welcher Form Sie eine Rückmeldung wünschen. Mögliche anfallende Rezepte erhalten Sie grundsätzlich auf dem Postweg.

per Post (einschl. Labor)

per E-Mail (einschl. Labor)      E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen bei Rückfragen oder für kurze Informationen eine E-Mail schicken?

Ja

Nein

Die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. A. Heufelder, Prof. Dr. med. M. Stoffel und Kollegen versendet E-Mails ausschließlich unverschlüsselt. Die Unterzeichnerin/der Unterzeichner wird darauf hingewiesen, dass die unverschlüsselte elektronische Übersendung von Daten über das Internet mit vielfältigen Gefahren und Risiken verbunden ist. Beispielweise können Daten von Dritten ausgespäht, gespeichert, manipuliert oder gelöscht werden. Es besteht keine Sicherheit über die Identität des Absenders und Authentizität des Inhaltes von unverschlüsselten elektronischen Daten. Eine Vertraulichkeit der Übertragung kann nicht gewährleistet werden. In Kenntnis dieser Risiken besteht die Unterzeichnerin/der Unterzeichner dennoch auf der elektronischen Übersendung von Daten per E-Mail und übernimmt das Risiko der fehlerhaften Übertragung, ab dem Zeitpunkt, in der die elektronische Nachricht die technische Infrastruktur unserer Praxis verlässt. Die Unterzeichnerin/ der Unterzeichner erklärt Folgendes:

**Ich ermächtige die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. A. Heufelder, Prof. Dr. med. M. Stoffel und Kollegen zur unverschlüsselten elektronischen Übersendung von Daten, auch für den Fall, dass hier vertrauliche und/oder personenbezogene Daten miterfasst sind.**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

### Widerrufsbelehrung:

Sollten sich Ihre personenbezogenen Daten ändern oder Sie eine Befundübermittlung per E-Mail nicht mehr wünschen, so kann diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert oder widerrufen werden. Dazu genügt eine formlose Mitteilung in schriftlicher, mündlicher oder telefonischer Form an unsere oben genannten Kontaktdaten.

Von der Widerrufsbelehrung habe ich Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Untersuchung möchten wir Ihnen einige allgemeine Fragen stellen.  
Das Ausfüllen dieses Fragebogens wird es uns ermöglichen, uns im persönlichen Gespräch auf Ihre augenblicklichen Beschwerden und die Untersuchung zu konzentrieren.

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname, Geburtsdatum**

**Wegen welcher aktuellen Beschwerden sind Sie zu uns gekommen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte schildern, Sie hier in kurzen Stichworten Ihre persönliche Krankenvorgeschichte (Unfälle, Operationen, ansteckende Erkrankungen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?**  Ja  Nein

→ Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?**

→  tägl.  mehrmals in der Woche  selten  nie

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**  Ja  Nein

→ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nur Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein

→ Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_ Ggf. Zyklustag \_\_\_\_\_

**Körpergröße** \_\_\_\_\_ cm **Aktuelles Gewicht** \_\_\_\_\_ kg

Über wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! 😊



Privatpraxis Kosttor  
Am Kosttor 1, 80331 München  
Tel.: 089-232392990, Fax: 089-23239299-20  
info@privatpraxis-kosttor.de, www.privatpraxis-kosttor.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin

## Einverständniserklärung/Schweigepflichtsentbindung

Patient:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	Versicherungsnummer/Tarif
Versicherung	E-Mail	
<input type="checkbox"/> <b>PKV-Basistarif</b> (Nachweis erforderlich) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>KVB 1-3</b></span>		
<input type="checkbox"/> <b>PKV-Standardtarif</b> (Nachweis erforderlich) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>KVB 4</b></span>		
<input type="checkbox"/> <b>Beihilfeberechtigt</b>		

**gesetzlicher Vertreter:** (falls erforderlich)

Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift
-----------------------------	-----------

**Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass die untenstehende Praxis (ärztliche Einrichtung)**

- 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. an die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg

(im Folgenden „Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle“)

weitergibt.

- Insoweit entbinde ich den Arzt (die ärztliche Einrichtung) ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Arzt (die ärztliche Einrichtung) die sich aus dieser und künftiger Behandlungen ergebenden Forderungen an die Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle abtritt.  
Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Arzt/die behandelnden Ärzte/Klinik als Zeuge vernommen werden kann (können).
- Einwilligung nach Datenschutzgesetz**  
Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem Arzt (der ärztlichen Einrichtung) und der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.
- Zusatzerklärung bei minderjährigen Patienten**  
Hiermit wird ausdrücklich versichert, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt.

**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.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel