

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·  
Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

## Anmeldung für Privatpatienten

Name	Vorname	
Namenszusatz	Akad. Titel	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
Tel. privat	Tel. mobil	Tel. tagsüber/Arbeit
Beruf	Arbeitgeber	
<input type="checkbox"/> Privatversichert wo: _____ <input type="checkbox"/> Selbstzahler		
Soll Ihr Hausarzt oder überweisender Arzt über die Behandlung in unserer Praxis informiert werden?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja : _____		
Name der Praxis und Fachrichtung, Adresse		

## Form der Rückmeldung

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 \_\_\_\_\_

Möchten Sie Ihre E-Mail verschlüsselt erhalten?  Ja  Nein\*

\*Bei unverschlüsselten E-Mails:

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 Privatpraxis Kosttor zur unverschlüsselten elektronischen Übersendung von Daten, auch für den Fall, dass hier vertrauliche und/oder personenbezogene Daten miterfasst sind.

Ort/Datum	Unterschrift Patient/Patientin
<b>Widerrufsbelehrung:</b>	
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:	

Ort/Datum	Unterschrift Patient/Patientin
-----------	--------------------------------

## Privatärztlicher Behandlungsvertrag

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns Ihr Vertrauen schenken. Wir werden uns bemühen, Sie bezüglich Ihrer Gesundheit und ggf. bestehender Erkrankungen bestmöglich und nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand zu untersuchen und individuell zu beraten.

Bitte beachten Sie, dass unsere Praxis keine Vereinbarung mit gesetzlichen Krankenkassen unterhält. Alle unsere Patienten sind Privatpatienten oder Selbstzahler. Eine Erstattung von ärztlichen, diagnostischen oder labortechnischen Leistungen durch gesetzliche Krankenkassen erfolgt daher nicht.

In jüngster Zeit begrenzen einige Privatversicherer zunehmend und unvorhersehbar ärztliche, diagnostische und Laborleistungen. Solche Kürzungen erfolgen häufig pauschal nach Aktenlage und mit fragwürdigen Begründungen (z. B. „keine erkennbare medizinische Notwendigkeit“). Immer häufiger kommt es vor, dass nach dem aktuellen medizinischen Kenntnis- und Sachverstand indizierte und korrekt erbrachte Leistungen und verordnete Medikation von Sachbearbeitern, sog. „Beratungsärzten“ oder Gesellschaftsärzten der Krankenversicherer als unnötig, überflüssig oder als unzweckmäßig bezeichnet werden. Diese Vorgehensweise ist nicht nur höchst ärgerlich, sondern oft auch ohne rechtliche Grundlage. Sollten Sie hiervon betroffen sein, empfehlen wir Ihnen, sofort Widerspruch einzulegen und sich ggf. mit juristischer Hilfe dagegen zu wehren. Ansprüche für von Ihrer Versicherung nicht erstattete ärztliche Leistungen oder Therapieempfehlungen können gegenüber unserer Praxis nicht geltend gemacht werden. Wir bitten Sie daher, die von uns empfohlenen diagnostischen Leistungen einschließlich der Laborleistungen per Unterschrift als mit Ihrem Einverständnis und auf Ihren Wunsch durchgeführt zu bestätigen. Auf Wunsch unterstützen wir Sie bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen gegenüber Ihrer Versicherung gerne mit einer fachlichen Stellungnahme. Allerdings halten wir uns hierbei strikt an die ärztliche Schweigepflicht und nehmen deshalb grundsätzlich keinen direkten Kontakt mit Ihrem Versicherer auf, sondern lassen zu Ihrem Schutz sämtliche Korrespondenz ausschließlich Ihnen zukommen.

Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung sind wir angehalten, sie darauf hinzuweisen, dass auch Privatversicherer nur das „medizinisch Notwendige“ erstatten müssen. Darüber hinausgehende Leistungen können nur erstattet werden, wenn sie auf Wunsch des Patienten erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen „medizinisch notwendig“ und „medizinisch sinnvoll/ratsam“ wird insbesondere bei komplexeren Beschwerden, bei der Prävention und bei der Früherkennung von Risiken von manchen Privatversicherern leider oft zu Ihren Ungunsten ausgelegt. Bitte informieren Sie uns deshalb vorab, wenn Sie bestimmte Leistungen (die Ihre Versicherung nicht trägt oder Ihr Versicherungstarif nicht abdeckt) von uns nicht erbracht haben möchten. Für von Ihrer Versicherung verweigerte Leistungen müssen Sie daher selbst aufkommen. Bitte informieren Sie uns vor der Leistungserbringung, wenn Sie vorab die Kostenübernahme mit Ihrer Versicherung abklären möchten.

Wir weisen darauf hin, dass alle unsere Leistungen nur bei gegebener Indikation und bezüglich Inhalt und Umfang korrekt erbracht und abgerechnet werden. Dabei legen wir die gültige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zugrunde.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Einreichung/Behandlung und vom Umfang der Leistungserstattung durch Ihren Versicherungsträger ist unsere Honorarrechnung ohne Abzüge und spätestens zu dem auf der Rechnung angegebenen Datum fällig. Wir bitten um eine fristgerechte Überweisung.

---

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von den oben dargestellten Informationen Kenntnis genommen habe, diese verstanden habe und sie in vollen Umfang akzeptiere. Alle meine diesbezüglichen Fragen wurden mir beantwortet.** Beträge aus der zu erwartenden Arztrechnung trete ich nicht an meine Versicherung ab (Ausschluss des Forderungsübergangs).

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Patient/Patientin

## 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 kommen Sie zu uns?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?                       Ja                       Nein

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

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?

→  täglich                       mehrmals in der Woche                       selten                       nie

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?                       Ja                       Nein

→ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nur Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?                       Nein                       Ja, Woche \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihren Zyklustag an: \_\_\_\_\_ Durchschnittliche Zykluslänge \_\_\_\_\_

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

Sind Sie nüchtern?  Ja  Nein, falls Nein wann war die letzte Nahrungsaufnahme? \_\_\_\_\_ Std

Hatten Sie zuletzt letzten 6 Wochen einen akuten Infekt z.B. eine Erkältung?                       Ja                       Nein

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!☺

**Privatpraxis Kosttor**  
Am Kosttor 1 | 80331 München  
Tel.: 089-23239299-0 | Fax: 089-23239299-20  
info@privatpraxis-kosttor.de | www.privatpraxis-kosttor.de

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·  
Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

### Aktuelle Medikation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte notieren Sie hier Ihre derzeitigen Medikamente. Bitte geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel und Antibabypille an (Bitte Name, Dosierung z.B. mg und Zeitpunkt der Einnahme).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

<b>Medikament:</b> WICHTIG! Bitte auch jeweilige Stärke angeben	Morgens	Mittags	Abends

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·  
Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

## Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

**PATIENT:**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ u. Wohnort \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Vers.-Nr./Tarif \_\_\_\_\_

ggf. abweichender Rechnungsempfänger  
ggf. abweichender Rechnungsempfänger

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ u. Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Zusatzklärung bei minderjährigen Patienten:**

Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

### Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der obenstehende Leistungserbringer

- 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, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg

(im Folgenden „Verrechnungsstelle“)Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt;

zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiter abtreten.

- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die umseitig stehenden Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Rechnungsempfänger

### Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Innere Medizin · Endokrinologie · Diabetologie · Kardiologie · Nephrologie · Allgemeinmedizin · Präventivmedizin ·  
Ernährungsmedizin · Kinder- und Jugendheilkunde mit Endokrinologie und -Diabetologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die umseitig abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Andernfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

**Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brand-Platz 20 - 90402 Nürnberg**  
Tel.: 0911 98478 301 - eMail: datenschutz@verrechnungsstelle.de

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre  
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

## **Einverständnis zur Datenschutzerklärung der Privatpraxis Kosttor**

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (Untersuchungsergebnisse und Arztbriefe) an mit- und Weiterbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer (z.B. Labor, Überweisungen an andere Fachrichtungen, Physiotherapeuten, Krankenhäuser) übermittelt. Falls es für meine Behandlung notwendig ist, gebe ich hiermit das Einverständnis, dass meine Befunde bei anderen Ärzten/Behandlern/Krankenhäusern angefordert werden dürfen.
- Meine Personalien für Laboruntersuchungen an Fachlabore (MLM Labor München, MVZ Limbach, MVZ Dr. Kirkamm, Lab4more, Synlab, CTL Labor, Omegamatrix etc.) zu senden.
- ich kontaktiert werden darf, wenn aufgrund von auffälligen Laborergebnissen oder Befunden eine schnelle Kontaktaufnahme per Email oder Telefon notwendig ist.
- ich für Terminerinnerungen, Recall und für die Übersendung von Praxisinformationen kontaktiert werden darf.
- meinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern (bitte Adresse und Tel-Nr. angeben), für die ich eine Schweigepflichtentbindung erteilt habe, Rezepte oder Befunde ausgehändigt werden dürfen.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Wenn Sie mit einem/mehreren Punkt/en nicht einverstanden sind, informieren Sie bitte die Anmeldung. Ich habe das Informationsblatt (siehe Aushang) gelesen und die Erklärung verstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Rechnungsempfänger