

Privatpraxis Kosttor
Prof. Dr. med. Stoffel & Kollegen
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

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, Kliniken oder Krankenkassen weitergeben, bitten wir Sie, sich persönlich mit uns in Verbindung zu setzen, falls Sie dies wünschen.

Privatpraxis Kosttor
Prof. Dr. med. Stoffel & Kollegen
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

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 Privatpraxis Kosttor, Prof. Dr. med. Stoffel und Kollegen, versendet E-Mails verschlüsselt.

Der Verschlüsselungscode wird Ihnen an unserer Rezeption mitgeteilt.

Die Unterzeichnerin/ der Unterzeichner erklärt Folgendes:

Ich ermächtige die Privatpraxis Kosttor, Prof. Dr. med. Stoffel und Kollegen, zur verschlüsselten elektronischen Übersendung von Daten, auch für den Fall, dass hier vertrauliche und/oder personenbezogene Daten mit erfasst 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, 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

Sind Sie nüchtern? Ja Nein

Falls nein: Letzte Nahrungsaufnahme vor _____ **Stunden**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! 😊

Privatpraxis Kosttor
Prof. Dr. med. Stoffel & Kollegen
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

Aktuelle Medikation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname, Geburtsdatum

Medikament: WICHTIG! Bitte auch jeweilige Stärke angeben	Morgens	Mittags	Abends

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Patient/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon / Mobilrufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ/Wohnort

Versicherung

gesetzlicher Vertreter bzw. abweichender Rechnungsempfänger: (falls erforderlich)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon / Mobilrufnummer

Straße, Hausnummer

PLZ/Wohnort

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 untenstehende 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“)

Insofern 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 weiterabtreten.

- 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 **unten stehenden Informationen zum Datenschutz** gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Stempel Leistungserbringer

Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

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 vorstehend 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. Anderenfalls 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 Datenschutzverordnung. 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

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Privatpraxis Kosttor Professor Stoffel und Kollegen

Adresse : Am Kosttor 1, 80331 München

Kontaktdaten : info@privatpraxis-kosttor.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: Frau Ramona Strassner

Anschrift: Am Kosttor 1, 80331 München

Kontaktdaten: strassner@privatpraxis-kosttor.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Verantwortlich: MS, letztes Datum der Änderung 28.5 rs/wa

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Anschrift: Promenade 27. 91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich,

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Leistungsbringer (z.B. Labor, Überweisungen an andere Fachrichtungen, Physiotherapeuten, Krankenhäuser) übermittelt. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben ich hiermit das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen Ärzten/Krankenhäuser anfordern dürfen.
- meine Personalien für Laboruntersuchungen an Fachlabore (MLM Labor München, MVZ Limbach, MVZ Dr. Kirkamm, Lab4more, Synlab, CTL Labor, Omegametrix etc.) zu senden.
- ich kontaktiert werden darf, wenn aufgrund von auffälligen Laborergebnissen oder Befunden eine schnelle Kontaktaufnahme per Email, SMS oder WhatsApp erforderlich ist.
- ich für Terminerinnerungen, Recall und für die Übersendung von Praxisinformationen kontaktiert werden darf.
- meine Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter (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 werden kann. Wenn Sie mit einem/mehreren Punkt/en nicht einverstanden sind, informieren Sie bitte die Anmeldung.

Ich habe das Informationsblatt gelesen und die Erklärung verstanden.

München, den _____ Unterschrift: _____

Ihr Praxisteam

Verantwortlich: MS, letztes Datum der Änderung 28.5 rs/wa