

## ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen vollständig aus. Er wird Ihrer Patientenakte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

Tel. Festnetz

Mobil

E-Mail

Beruf/Tätigkeit

Krankenkasse

Privat versichert ja nein

Wo?

Basistarif (Hausarztтарif) ja nein

Beihilfeberechtigt? ja nein

Wenn ja, von wo und welcher % Satz?

Gesetzlich versichert: Wenn ja, wo?

**Bei Jugendlichen unter 18 Jahren: wer ist Hauptversicherter?**

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name

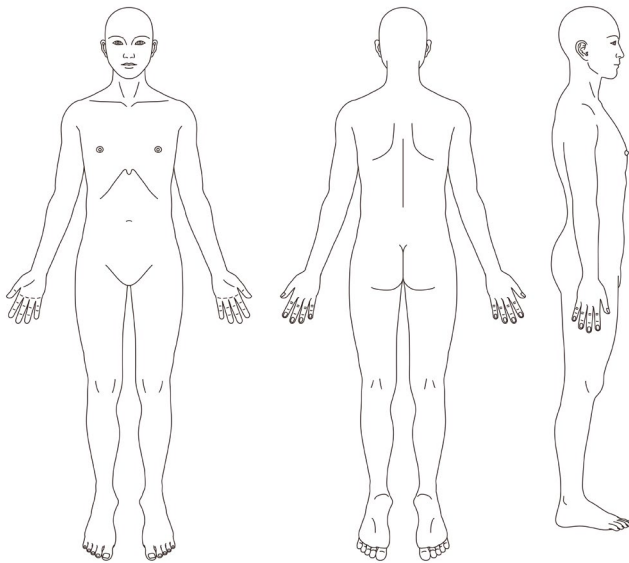
Ort

## ANAMNESEBOGEN

Name

### Wo haben Sie Beschwerden?

Bitte zeichnen Sie die betreffenden Stellen an den Figuren an.



(Z.B. Unfall, unkontrollierte Bewegung, ungewohnte Belastung)

### Patientinnen:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welche SS-Woche?

### Vorerkrankungen:

- erhöhter Blutdruck
- erniedrigter Blutdruck
- Krampfleiden
- erhöhte Blutfette
- Diabetes mellitus
- Gicht
- Rheuma
- Hauterkrankungen
- Lebererkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD)
- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Herz-/Hirnfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Herzfehler, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe
- neurologische Vorerkrankungen
- Nieren-/Harnwegserkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)
- Blut-/Lymphgefäßerkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen, Thrombose, Embolie
- Allergien oder Unverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

Ergänzungen / nicht genannte Erkrankungen:

### Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Präparat	Dosierung
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Datum, Unterschrift, ggf. des Erziehungsberechtigten

## PATIENTENERKLÄRUNG

Datum . . .

**Ich wünsche die privatärztliche Untersuchung respektive Behandlung:**

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

wohnhaft:

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

Tel. Festnetz

Mobil

**und die Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) durch Dr. med. Peter Manz.**

E-Mail

Ich stimme zu, dass die Praxis Dr. med. Manz mit mir per E-Mail Kontakt aufnimmt ja nein

Ich stimme zu, dass eine Rechnungsstellung per E-Mail erfolgt ja nein

Private Krankenversicherung

Beihilfestelle (z. B. Stadt Bi/Detmold) / (%)

Selbstzahler

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) gemäß der Paragraphen 1 bis 12 bin ich einverstanden (ausgenommen § 2 GOÄ).

Ich verpflichte mich, das nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und / oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Eventueller Selbstbehalt ist von mir selbst zu tragen. Auf Leistungen, die begründet mit gesteigertem Gebührensatz von mehr als 3,5 berechnet werden, werde ich zuvor hingewiesen.

Soweit einzelne ärztliche Leistungen nicht ausdrücklicher Bestandteil der GOÄ sind, erfolgt ein analoger Ansatz dieser Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ, wonach selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können. Gemäß § 12 der Berufsordnung für Ärzte betreffend die „wirtschaftliche Aufklärungspflicht“ bin ich darauf hingewiesen worden, dass meine Versicherung die Kosten der Behandlung betreffend einzelner Leistungen nicht oder nur teilweise übernimmt. (Stoßwellentherapie, Eigenplasmatherapie, Haltungs- und Muskelfunktionsdiagnostik, Magnetfeldtherapie)

Ich kann diese Einwilligung gemäß §33 BDSG jederzeit widerrufen.

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

Die Patientenerklärung wurde auf eigenen ausdrücklichen Wunsch unterschrieben und der Patient wurde nicht hierzu gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Erklärung sowie die dazugehörige Anlage erhalten.

Behandlungszeitraum bis auf Widerruf.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift Dr. med. Peter Manz

# PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir weisen Sie hiermit daraufhin, dass wir Ihre Daten an dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an weitere Leistungsbriinger (andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore und Therapeuten) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Dienstleistungserbringer nicht möglich. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

## **Einwilligung in die Datenweitergabe: (an Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Labore)**

Hiermit willige ich,

Name, Vorname

Geb.-Datum . . .

Straße, Hausnr.

PLZ/Ort

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. med. Peter Manz, Welle 10, 33602 Bielefeld an weitere Dienstleistungserbringer (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Labore) weiter gegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber Herrn Dr. Manz nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; die bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleibt dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich Herrn Dr. Manz von der Schweigepflicht gegenüber oben benannten Leistungserbringern im Gesundheitsdienst, soweit es für die Abwicklung des Behandlungsvertrages erforderlich ist.

Bielefeld, den

Datum

Unterschrift

## **PATIENTENINFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen bestimmte Informationen bei der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu erteilen. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit Überreichung dieses Informationsblattes nach.

### **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

**Dr. med. Peter Manz**  
**Welle 10**  
**33602 Bielefeld**  
**Tel.: 0521 91454131**  
**FAX: 0521 91454132**

### **Zwecke sowie Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:**

Grundlage einer Behandlung ist der Behandlungsvertrag, der auch formlos geschlossen werden kann. Diesen Behandlungsvertrag können wir nur ordnungsgemäß erfüllen, wenn wir Ihre Daten verarbeiten. Der Zweck der Datenverarbeitung besteht primär also in der Durchführung des Behandlungsvertrages. Zusätzlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte müssen gemäß § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zum Zweck der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Dort sind sämtliche derzeitige und zukünftige Behandlung der Patienten, wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Datenverarbeitung dient damit auch dem Zweck, dieser Verpflichtung nachzukommen.

In überwiegenden Fällen wird es sich bei den durch uns verarbeiteten Daten um Gesundheitsdaten handeln. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Art. 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 der Datenschutz-Grundverordnung sowie § Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Gesundheitsdaten werden ausschließlich bzw. unter der Verantwortung von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen.

Die Patientendaten werden auch zu dem Zweck der gesetzlich geregelten Weitergabe an festgelegte Empfänger verarbeitet (beispielsweise an überweisende Hausärzte). Auch erhalten wir von Dritten, beispielsweise von anderen behandelnden Ärzten aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Ihrer Einwilligung Informationen, die wir zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Erfüllung unserer gesetzlichen Dokumentationspflicht (§ 630f BGB, s.o.) in der Behandlungsdokumentation speichern. Auch hierfür ist Rechtsgrundlage Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 DSGVO, § 22 BDSG.

In den Fällen, in denen eine Datenverarbeitung nicht zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder nicht auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, wird eine Datenverarbeitung üblicherweise auf Ihrer Einwilligung beruhen. Rechtsgrundlage ist in diesem Fall Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

### **Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:**

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften ist es möglich, dass wir Daten an Empfänger/Kategorien von Empfängern weitergeben.

Darüber hinaus können wir Daten mit der Einwilligung der Betroffenen weitergeben. Bei Erteilung Ihrer Einwilligung werden wir Sie darüber informieren, um welche Empfänger es sich im Einzelfall handelt.

### **Dauer bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer der Datenspeicherung:**

Personenbezogene Daten von Patienten sind grundsätzlich gemäß § 630f Absatz 3 BGB sowie den Vorschriften der jeweils einschlägigen Berufsordnung für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Aufzeichnung über Röntgenaufnahmen gemäß § 28 Absatz 3 Satz 1 Röntgenverordnung sind 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren.

In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungsfrist als gesetzlich angeordnet, beispielsweise bei der Durchsetzung von Schadenersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadenersatzansprüche des Patienten gegen seinen Behandler gemäß § 199 Absatz 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

### **Rechte der Betroffenen:**

Im Rahmen der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung haben sie verschiedene Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Dazu gehören das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Soweit die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, können Sie die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einlegen. Die Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavallierstr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

### **Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten und Folgen der Nichtbereitstellung:**

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer heilkundlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, so dass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung / Beratung vorgenommen werden kann.

## ANLAGE ZUR PATIENTENERKLÄRUNG

Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung der Leistungen aufgrund des geschlossenen Behandlungsvertrages nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Dieses Gebührenwerk weist folgende **Grundsystematik** auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührensnummer versehen. Dieser Gebührensnummer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82872 Cent.

Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwerten ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

### Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Gebühr (Einfachsatz)	Faktor	total
3	eingehende Beratung	150	8,74 €	2,3	20,11

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den so genannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz erhöht sich durch Steigerungsfaktoren. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bis zum 3,5 fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5 fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3 fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8, für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3.

Soweit einzelne ärztliche Leistungen nicht ausdrücklicher Bestandteil der GOÄ sind, erfolgt ein analoger Ansatz dieser Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ, wonach selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können.