



Anmeldebogen für Privatversicherte Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie in unserer Praxis herzlich willkommen heißen und bitten Sie, diesen Anmeldebogen und
Behandlungsvertrag auszufüllen, da ansonsten wichtige Informationen verloren gehen.

Titel Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich, männlich

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Hauptversicherte Person: _____

Ggf. Geburtsdatum: _____

Ggf. abweichende Rechnungsanschrift: _____

TELEFONNUMMERN:

Privat: _____ **Handy:** _____

E-Mail _____ Geschäftlich: _____

Beruf: _____ Schülerin/Schüler

KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER: _____

Ggf. Tarifbesonderheiten: Beihilfe sonstige: _____

Gesetzlich versichert (Selbstzahler): ja, bei folgender Krankenkasse: _____

Geben Sie bitte Ihre Krankenversicherung genau an. Geben sie bitte ebenfalls an, ob es sich um eine
Sondereinbarung, z. B. Standardtarif reduziert/Basistarif handelt. Erstattungsdifferenzen, die auf Grund der
Angabe des falschen Versicherungsverhältnisses entstehen, können nicht in Abzug gebracht werden.

Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.01.1996 unter
Beachtung der jeweils gültigen Richtlinien und den aktuellen analogen Bewertungen der Bundesärztekammer. Der
Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand
zwischen 1,0 und 3,5-fachen Satz.

Unsere Leistungen werden nach dem üblichen 2,3-fachen Satz der GOÄ abgerechnet. Nur in begründeten Fällen
werden die Schwellenwerte überschritten. Der Behandlungsvertrag ist rechtlich unabhängig von Ihrem
Krankenversicherungsvertrag und Ihren Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten. Grundsätzlich ist eine nach § 12
GOÄ erstellte Arztrechnung sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig. Da jedoch meist ein Bearbeitungszeitraum in den
privaten Krankenkassen zum Verzug führt, räumen wir Ihnen ein Zahlungsziel von 4 Wochen ein.

Um einen termingerechten Ablauf unserer Bestellpraxis zu gewähren, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen behalten wir uns vor, die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Bisherige **orthopädische Operationen:** _____

Ich komme wegen folgender BESCHWERDEN: _____

Folgende **GRUNDERKRANKUNGEN** liegen bei mir vor: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ _____ | <input type="checkbox"/> Neurologische Vorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung: _____ | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher, STENT, Eventrekorder |
| <input type="checkbox"/> Arterielle Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> metallische Implantate: _____ |
| | Prothesen, Clips, Hörgerät, Piercing, Tattoo, Kupferspirale) |
| <input type="checkbox"/> Venenleiden | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (TBC, Leberentzündung/Gelbsucht | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C) | <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> Niederer Blutdruck <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> KEINE Grunderkrankungen. | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

ALLERGIEN: Aspirin Antibiotika Diclofenac Lokalanästhetika Voltaren Pflaster Ibuprofen.

Ja, allergisch auf: _____ (nicht relevant: Frühblüher, Heuschnupfen, Lebensmittel)

KEINE Allergien.

Ich nehme **regelmäßig** folgende **MEDIKAMENTE:**

Blutverdünnung durch: Aspirin ASS Colfarit Marcumar andere: _____

Andere Medikamente: _____

KEINE regelmäßige Medikamenteneinnahme.

Liegt bei Ihnen eine **Schwangerschaft/Stillzeit** vor? Ja Nein

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich den Anmeldebogen sowie Behandlungsvertrag mit Abrechnungserklärung zu Kenntnis genommen habe. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages teilweise oder ganz ablehnen kann. Wir helfen Ihnen gerne, Ihre Ansprüche gegenüber Ihrer privaten Krankenversicherung durchzusetzen.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf für Radiologie-Anmeldungen oder andere Terminvereinbarungen, meine Daten an Dritte weitergegeben werden dürfen (DSGVO).

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung durch: _____

Internet, Sendlinger Anzeiger, Infodienst, U/S Bahn-Tafel, Neurieder Ratspost. TSV Neuried, METRO.

Datum: _____

Unterschrift: _____