



Patientenanmeldung

Orthopädische Privatpraxis Dr. Beckert

Dr. med. Thomas Beckert
Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie
Kastanienallee 1 • D-83233 Bernau am Chiemsee
Tel. +49 8051 9660000 • Fax +49 8051 9660001

Name: _____ Vorname, Titel: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf (freiw.): _____
Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____
Mobilfunk-Nr.: _____ E-Mail: _____

Bei Minderjährigen - Name und abweichende Anschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. Hauptversicherten: _____

überweisender Arzt (Name und Anschrift): _____

Hausarzt (wenn abweichend): _____

Krankenversicherung/ggf. Tarif: _____ privat versichert? ja nein

Leiden Sie an einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	erhöhte Harnsäure (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Glaukom	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Infektionen	<input type="checkbox"/>

Erläuterung genannter oder sonstiger wichtiger Erkrankungen: _____

Nehmen/bekommen Sie regelmäßig Medikamente (auch Marcumar, ASS)? ja nein

wenn ja, welche? _____

Haben Sie Medikamenten-Unverträglichkeiten oder Allergien? ja nein

wenn ja, welche? _____

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger oder ist eine Schwangerschaft wahrscheinlich? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Abrechnungsinformation und Einwilligungserklärung:

- Aufgrund turnusmäßiger Abrechnung unserer Praxis, sind Zwischenrechnungen auch bei noch nicht abgeschlossener Behandlung möglich.
- Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach den aktuellen Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Es kann nicht garantiert werden, dass alternative Behandlungsmethoden, wie z. B. Stoßwellentherapie oder Hyaluronsäure-Injektionen ganz oder teilweise von der Krankenversicherung erstattet werden. Unser Vergütungsanspruch bleibt hiervon unberührt. Auf Wunsch erhalten Sie von uns jedoch eine ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei Ihrer Krankenversicherung, zwecks vorheriger Abklärung der Kostenübernahme.
- Sollte die Rechnungsstellung nicht direkt durch unsere Praxis erfolgen, werden die Honoraransprüche an eine privatärztliche Verrechnungsstelle abgetreten, welche die Abrechnung in unserem Auftrag vornimmt. Sie erteilen hiermit Ihr Einverständnis, dass wir alle für die Abrechnung relevanten personenbezogenen Behandlungsdaten an die Abrechnungsstelle weiterleiten dürfen. Die ärztlichen Abrechnungsstellen und deren Erfüllungsgehilfen unterliegen der strikten Geheimhaltung und sind verpflichtet Ihre Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vertraulich zu behandeln und nicht für Werbezwecke zu missbrauchen.
- Um eine reibungslose Weiterbehandlung zu gewährleisten, erklären Sie sich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus Ihren elektronisch gespeicherten Behandlungsunterlagen im Fall einer Vertretung oder bei einer möglichen späteren Praxisübergabe den betreffenden Ärzten zugänglich gemacht werden dürfen. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Bernau, den _____

Unterschrift: _____