

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine Beratung bei Dr. Heitland entschieden.
Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen die folgenden Seiten sorgfältig aus.
Dies ist für Sie und uns sehr wichtig, um Sie optimal betreuen zu können.

Ihr Name, Vorname: _____ geb.am: _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon: _____

Mobiltelefonnummer: _____

e-mail: _____

Homepage: _____

Ihr Beruf: _____

Bitte geben Sie die Kontaktdaten eines Angehörigen an:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Sie wünschen eine Beratung über:

Versicherungsdaten:

Gesetzlich krankenversichert
- private Zusatzversicherung ambulant
- private Zusatzversicherung stationär

Privat krankenversichert
Beihilfe
Selbstzahler

Bei stationärer Behandlung in der Klinik:

- 1-Bett-Zimmer
- 2-Bett-Zimmer
- Mehrbett-Zimmer

Name der (Zusatz-) Krankenversicherung: _____

Bitte geben Sie Ihre Erkrankungen an

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung, wie z.B. (z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen, Schlaganfall, Herzinfarkt) ?

- ja, folgende: _____
 nein

Unter einer ansteckenden Erkrankung, wie, z.B. Hepatitis A, B oder C, HIV ?

- ja, folgende: _____
 nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ja, welche: _____
 nein

Haben Sie eine Allergie, z.B. auf Penicillin, Aspirin:

- ja, welche: _____
 nein

Könnten Sie schwanger sein?

- ja, SSW: _____
 nein

Rauchen Sie oder nehmen andere Genussmittel ein?

- ja, welche / wieviel: _____
 nein

Haben Sie eine Thrombose oder Lungenembolie gehabt?

- ja, wann und wie oft: _____
 nein

Leiden Sie unter einer Gerinnungsstörung, wie z.B. Faktor V (Leiden)-Mangel, von Willebrand Jürgens Syndrom, Hämophilie A oder B, etc.?

- ja, welche und seit wann: _____
 nein

Waren Sie bereits an Covid-19 erkrankt?

- ja, wann und war ein Krankenhausaufenthalt notwendig: _____
 nein

Sind Sie bereits gegen Covid-19 geimpft?

- ja, wann und mit welchem Medikament: _____
 nein



Impftermin geplant am: _____

Ihr Hausarzt:

Name Arzt: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Freunde Patienten Kosmetikerin Arzt
 Homepage Jameda unseren online Terminkalender
 Sonstiges: _____

Bitte schicken Sie mir Informationen über Aktionen in Ihrer Praxis und über Neuigkeiten in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie

- ja, per Email
 ja, per Post
 nein

München, den _____ Unterschrift: _____

Behandlungsvertrag

über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 des Bundesmantelvertrags für Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen zwischen Dr. Andreas Heitland, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie und

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Straße: PLZ/Ort:

versichert bei Adresse:

für
gemäß der beiliegenden Honorarvereinbarung und dem Aufklärungsbogen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass

- diese Leistung nicht zum Umfang der medizinisch notwendigen Behandlung gemäß der Allgemeinen Versicherungsbedingungen § 1 MB/KK (PKV) gehört
- die von mir gewünschte Leistung eventuell Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (GKV) sind und wie meine Erkrankung / meine Beschwerden evtl. zu Lasten meiner Krankenversicherung behandelt werden kann. Ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.
- diese Leistung keine Leistung der Krankenversicherung ist, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 des Sozialgesetzbuch V entsprechen oder nicht zu Lasten meiner Krankenkasse erbracht werden dürfen.
- diese Leistung nicht in der Amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) enthalten ist, da es sich um eine innovative ärztliche Aufwendung handelt. Die GOÄ gibt aber die Möglichkeit, derartige ärztliche Leistungen nach § 6 Absatz 2 GOÄ gemäß Art, Kosten- und Zeitaufwand entsprechend abzurechnen. Diesbezüglich wird eine Abdingung gemäß § 2 GOÄ durch eine Honorarvereinbarung erfolgen.

Ich habe mich freiwillig für die Behandlungsmöglichkeit entschieden und wünsche die Leistung ausdrücklich. Die Rechnung über diese Behandlung nach den Bestimmungen der (GOÄ) werde ich direkt nach Zugang bezahlen. Ich bin bereit, die Kosten bzw. eventuelle Differenzbeträge selbst zu bezahlen, da Versicherungsbedingungen keine Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben.

München, den

Patient:

Arzt: