

Aufnahmebogen und Behandlungsvertrag

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Haus Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon privat / mobil: _____

Persönliche E-Mail Adresse: _____

Krankenversicherung(en): _____

(gesetzlich / privat)

Zusatzvers. für stat. Aufenthalt: _____

Bitte ankreuzen:

Chefarzt 1-Bett 2-Bettzimmer

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Betreuender Frauenarzt Persönliche Empfehlung Internet

Patientenportal Hausarzt Sonstige

Beruf: _____

Mein Frauenarzt: _____

Bekannte Allgemeinerkrankungen (z B. Bluthochdruck, Schilddrüsendysfunktion):

Voroperationen (insbesondere Bauchoperationen): _____

Allergien:
(z.B. Antibiotika) _____

Infektionen:
(z.B. Hepatitis, HIV) _____

Befund der letzten Krebsvorsorge: _____

Regelmäßige Medikamente: _____ 1. Tag d. letzten Periode: _____

_____ Schwangerschaften (Anzahl): _____

_____ Kinder (Anzahl): _____

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns: _____

Nur für den Fall, dass Sie privat versichert oder für stationäre Aufenthalte privat Zusatzversichert sind:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Behandlung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) bis zum 3,5fachen Satz erfolgen kann. Die Erstattung der Privatversicherungen/Beihilfe erfolgt für diejenigen Leistungen, über die ich einen Versicherungsvertrag abgeschlossen habe, bzw. die im Leistungsverzeichnis der Beihilfe aufgeführt sind. In zahlreichen Verträgen wird die Erstattung bestimmter Leistungen durch die private Krankenversicherung und/oder Beihilfe ausgeschlossen. Dies entbindet mich als Patient jedoch nicht von der Pflicht, die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

Frau _____ wurde darüber informiert, dass das Honorar für die Operation als Wahlärztliche Leistung direkt mit der Patientin über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird, vgl. die Hinweise in der Wahlarztvereinbarung. Der Patientin wurde empfohlen, ggf. vorab die Kostenzusage ihrer Privaten Krankenversicherung für den geplanten Eingriff einzuholen. Im Übrigen vereinbaren der Arzt und die Patientin den Ausschluss der Abtretung von Rechten bzw. Forderungen der Patientin aus dem Behandlungsvertrag an Dritte. Dies gilt auch für den Übergang von Forderungen kraft Gesetzes. Die direkte Klärung von Ansprüchen aus dem Behandlungsvertrag wird angestrebt. Die Auswirkungen dieser Erklärung wurden der Patientin im Einzelnen dargelegt.

BITTE WENDEN →

Ich habe ebenfalls zur Kenntnis genommen, dass es sich bei den von Dr. med. Thomas Füger, Dr. med. Sebastian Reicke und Prof. Dr. Tobias Weißenbacher in der Frauenklinik Dr. Geisenhofer (MIC-Zentrum) oder in der WolfartKlinik erbrachten Leistungen, um Chefarztleistungen (Wahlarztleistungen) handelt. Ich akzeptiere die Weitergabe der Rechnungsstellung inkl. aller Daten an mediserv Abrechnung und Service für Heilberufe GmbH, 66094 Saarbrücken, Tel: 0681-4000789, Fax: 0681-400076.

Ich bin damit einverstanden, dass mein OP-Bericht / Arztbrief / Histologiebefund **per E-Mail** an mich **unter obiger Adresse, zu öffnen mit dem 1. Buchstaben (klein) meines Vor- und Nachnamens (Datenschutz)** und meinen **Frauenarzt** versendet wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin: _____

Die Mitarbeiter des MIC-Zentrum-München unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. Das MIC-Zentrum-München verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Für dieses Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Ihre Unterschrift.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels unserer Kalendersoftware (Doctolib) per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns dies jederzeit mit,

Weitere Informationen finden Sie im Patienten-Ordner im Wartezimmer.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin: _____

VORGESCHICHTE:

Familienkrankengeschichte: Haben oder hatten Ihre Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes **Bluthochdruck** **Epilepsie** **Krebs** / welche Krebsart?
Wer? _____ / _____

Detaillierte eigene Krankengeschichte: Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Unbekannt</u>	<u>Wann / Seit wann?</u>
Lungen- oder Rippenfellentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blasenentzündung / Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Geschlechtserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anämie (Blutarmut)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lebererkrankung, z.B. Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Migräne / Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magen- und Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Thrombose oder Venenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Unterleibsentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutungsneigung, „blaue Flecken“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
MRSA (Methicillin-Resistenter-Staphylococcus-Aureus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Betreuen Sie MRSA Patienten oder Leben Sie mit einer erkrankten Person in einem Haushalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Andere Erkrankungen, z.B. Schlafapnoe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

welche? _____

Beschwerden beim Wasserlassen Nein Ja : _____
Stuhlgang Nein Ja : _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin: _____