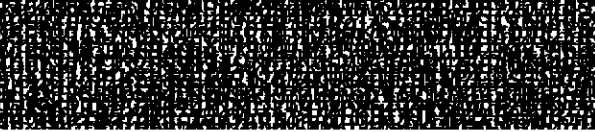


Private Kranken Kasse

Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin

Selbstzahler: Ja



Vorname\*

X

Nachname\*

X

Geburtsdatum\*

X

Straße, Nr.\*

X

PLZ, Ort\*

X

\* nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Behandler (Praxisstempel)

IK

Dr. med. Sabine Ott-Oechsle  
Privatpraxis für Neurologie  
Rehapark Lärchenweg 2-4  
88481 Balzheim  
Tel. 07347-92235-83  
Fax 07347-92235-86  
neurodoc@t-online.de  
www.neurologie-rehaschloss.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

**PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG**

Gewerbestraße 21

86720 Nördlingen

www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0

Telefax 09081 2926-59

info@pas-hammerl.de

### Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum

X

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

X

PAS =  
Private  
Abrechnungsstelle  
PAS DR. HAMMERL

## Behandlungsvertrag zwischen Dr. Sabine Ott-Oechsle und dem Patienten

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße , Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Festnetznummer (privat und geschäftlich): \_\_\_\_\_

Mobilnummer, WICHTIG, um Sie zeitnah zu erreichen: \_\_\_\_\_

Email-Adresse, WICHTIG, um Ihnen ggf. Bericht zukommen zu lassen:

\_\_\_\_\_

Hausarzt, Ort: \_\_\_\_\_

Behandlungsvertrag zwischen der Privatärztin und dem Patienten/der Patientin

Bitte zutreffendes ankreuzen:

**Selbstzahler:**

**Private Vollversicherung:**

**Name der Versicherung:** \_\_\_\_\_

**Beihilfeberechtigung bei:** \_\_\_\_\_

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung.

**Die Abrechnung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dieser liegt bei ärztlicher Leistungen beim 2,3 fachen Satz.** Für besonders zeitaufwendige oder schwierige Leistungen kann sich der Faktor-mit entsprechende Begründung – auf das 3,5 fache erhöhen.

**Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis bzgl. der:**

- Privatärztlichen Behandlung durch Fr. Dr. Sabine Ott-Oechsle
- Komplette Kostenübernahme des Behandlungshonorars nach Erhalt der Rechnung von der Privatärztlichen Abrechnungsstelle Dr. Hammerl (PAS).
- Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten und Befunde zum Zweck der Behandlung und verwaltungsmäßigen Abwicklung und Übermittlung an mitbehandelnde Ärzte + Leistungserbringer.
- Erstellung und Übermittlung eines Arztberichtes/Überweisung an Hausarzt/Fachärzte incl. telefonischer Auskünfte und ggf. Übermittlung des Arztberichtes an die von Ihnen angegebene E-Mail-adresse.
- Nutzung meiner Daten für Terminerinnerung, Befundanforderungen
- Ich hatte Gelegenheit, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) einzusehen, um mich über die Entgelte ausreichend zu informieren.
- Bei mir gilt absolutes Arztgeheimnis. Ich werde keiner weiteren Person Auskunft geben. Außer Sie nennen mir hier diese Person mit Namen.

Ich bestätige mit untenstehender Unterschrift auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

Balzheim, den .....

Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige, Erziehungsberechtigte, gesetzliche Betreuer

Unterschrift Dr. med. Sabine Ott-Oechsle .....

### **Seite 3 der Anmeldung: Fragebogen Privatpraxis für Neurologie Balzheim**

#### **Name:**

Um Ihre Erkrankung bestmöglichst einzuschätzen und damit behandeln zu können, bitte Fragen präzise beantworten.

Wegen welchen Beschwerden kommen Sie zu mir?

Wie lange leiden Sie schon darunter?

Waren Sie deswegen schon bei anderen Ärzten oder gibt es eine Aufnahme i.d. Radiologie?

Nein Ja Wann und bei wem? Bitte Befund (liegt meistens HA vor) mitbringen.

Sind Sie schon mal im Krankenhaus gewesen oder operiert worden?

Nein Ja Wann + wegen welcher Erkrankung und in welchem Krankenhaus?

Litten Sie früher an anderen schwerwiegenden Krankheiten:

Nein Ja Welche genau?

Haben Sie derzeit noch weitere Erkrankungen (auch Blutdruck, Diabetes und erhöhtes Cholesterin zählt dazu):

Nein Ja Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja Welche? Ggf. Medikamentenplan mitbringen

#### **Danke!! Weiter NUR für Kopfschmerz-/Migränepatienten:**

Wie oft treten die Schmerzen im Monat /Woche /Tag auf?

Wie lange dauern die Schmerzen?

Wo treten sie am meisten am Kopf/Nacken auf?

Welche Schmerzmittel nehmen Sie dagegen ein?

Gibt es Migräne in der Familie?

Berufliche Tätigkeit:

Familiäre Verhältnisse:

Können Sie im Alltag bewusst entspannen?

Machen Sie regelmäßig Sport?