

Anmeldeformular

Zur Anlage einer Karteikarte bitten wir Sie die nachfolgend aufgeführten persönlichen Daten in Druckbuchstaben auszufüllen:

Vor- und Zuname _____ Geb-Name: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: verheiratet geschieden ledig **E-Mail-Adresse*:** _____

Private Anschrift: _____

Telefon privat : _____ Handy/Dienst*: _____

Beruf*: _____ Frauenarzt/Urologe: _____

Krankenkasse/ private Krankenversicherung: _____ Beihilfe ja nein

Ich bin darüber informiert, dass in der oben genannten Praxis sämtliche Patientendaten über EDV verarbeitet werden. Anonymisierte Behandlungsdaten werden dem deutschen IVF-Register (DIR/QS Repromed) gemeldet. Die Kriterien des Datenschutzes hinsichtlich Verwendung und Zugriff auf diese Daten bleiben in jedem Fall gewahrt. Die Datenübermittlung zur Abrechnung von Kassenleistungen an die KVN entspricht den Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. **Zur Kenntnis genommen**

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die ärztliche Schweigepflicht gegenüber meinem Partner/meiner Partnerin und evt. anwesenden Dolmetschern aufgehoben ist. **Zur Kenntnis genommen**

Werden vom TKO Leistungen erbracht, die nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenkasse/Versicherung gehören, werden mir diese nach den geltenden GOÄ-Sätzen in Rechnung gestellt. **Zur Kenntnis genommen**

Für den Fall, dass innerhalb der nächsten Woche meine Krankenversicherungskarte nicht dem TKO vorliegt, erkläre ich mich mit der priv. Abrechnung ärztlicher Leistungen einverstanden. **Zur Kenntnis genommen**

Ich stimme diesen Regelungen mit meiner Unterschrift ausdrücklich zu.

Oldenburg, den _____ Unterschrift _____

Im Falle einer Privatabrechnung mit dem TKO erkläre ich mich einverstanden:



Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.

2. Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.

3. Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.

4. Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

Oldenburg, den _____ Unterschrift _____

Vor- und Zuname (bitte ausfüllen): _____

Mir ist bekannt, dass im Rahmen der notwendigen Blutentnahmen eine HIV- und Hepatitisuntersuchung vorgenommen wird, Für positive HIV- oder Hepatitisbefunde besteht eine gesetzliche Meldepflicht, so dass in diesem Fall das Gesundheitsamt informiert werden muss. Weiterhin ist mit bekannt, dass im Rahmen von Diagnostik und Therapie weitere Blutentnahmen, Injektionen und Punktionen notwendig werden können. **Zur Kenntnis genommen**

Im Falle einer Narkoseleistung im Rahmen der Behandlung stimme ich der Daten- und Befundübermittlung an den zuständigen Anästhesisten (zum Zweck der Behandlung und zur evt. Abrechnung) zu. **Zur Kenntnis genommen**

Des Weiteren stimme ich (**bis auf Widerruf**) zu,

dass mein Hausarzt über meine Behandlung und Befunde informiert wird (Brief, Fax, Telefon) Ja Nein

dass mein Facharzt über meine Behandlung und Befunde informiert wird (Brief, Fax, Telefon) Ja Nein

Ich bin einverstanden, dass die o.g. Praxis Untersuchungsunterlagen mit anderen med. Einrichtungen austauscht (Brief, Fax, Telefon) **z.B. um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.** Eine gesonderte Einwilligung für jede einzelne Anforderung ist nicht notwendig Ja Nein

dass Laboruntersuchungen, die nicht durch das TKO durchgeführt werden, an geeignete Fremdlabore gesandt werden. Zu diesem Zwecke werden persönliche Daten an die entsprechenden Labore übergeben (z.B. Dr. med. Reichel-Fentz, Pathologisches Institut, Bonn, Medizinisches Labor, Oldenburg) Ja Nein

• dass die ärztliche Schweigepflicht gegenüber den Leistungsträgern (z.B. Krankenkasse-/versicherung, Landesförderung) aufgehoben ist Ja Nein

• dass auf Anforderung (z.B. Ärzte, Apotheken, Patienten) Schriftverkehr mittels Fax oder E-Mail versandt wird. Mir ist bekannt, dass bei Übermittlungen per Fax **nicht** gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechtigte Person handelt. E-Mail Versand erfolgt unverschlüsselt. Es bestehen keine Rechtsansprüche gegen das TKO, falls meine Daten durch Dritte gelesen, verändert, gelöscht oder für Werbezwecke usw. missbraucht werden Ja Nein

Angaben zur medizinischen Vorgeschichte bzw. dem allgemeinen Gesundheitszustand

Sind Sie außerhalb von Europa geboren? Wenn „ja“ wo?	ja	nein
Haben jemals länger als 6 Monate außerhalb von Europa gelebt wenn „ja“, wo? wie lange?	ja	nein
Waren Sie in den letzten 6 Monaten, auch kurzfristig (Urlaub) im Ausland? Wenn „ja“, wann: wo: wie lange:	ja	nein
Waren Sie in den letzten 3 Wochen in einem Epidemiegebiet (Mittel-und Südamerika) für das Zikavirus? Wenn „ja“, wann: wo: wie lange:	ja	nein
Wurde bei Ihnen jemals <ul style="list-style-type: none"> • eine Leberentzündung („Gelbsucht“), z.B. Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C • eine HIV- oder HTLV-Infektion (AIDS) • eine der folgenden Krankheiten festgestellt: Tuberkulose, Osteomyelitis, Malaria, Ebola, Toxoplasmose, Typhus oder Paratyphus, Burcellose, Lepra, Rückfallfieber oder eine andere meldepflichtige Krankheit, wenn „ja“ welche _____ 	ja ja ja	nein nein nein
Wurde bei Ihnen in den letzten vier Monaten <ul style="list-style-type: none"> • ein operativer Eingriff, wenn „ja“ welcher Art • eine Endoskopie (Magen- oder Darmspiegelung, Gelenkspiegelung) • eine Bluttransfusion • eine Organtransplantation, wenn „ja“ welcher Art durchgeführt? 	ja ja ja ja	nein nein nein nein
Fühlen Sie sich krank oder sind Sie krankgeschrieben? Wurden Sie in den letzten vier Wochen wegen folgender Erkrankungen behandelt: <ul style="list-style-type: none"> • Durchfall / Erbrechen, anhaltende Bauchschmerzen, • Erkältung, Harnwegsinfekt, Fieber (> 38°) 	ja ja	nein nein

Oldenburg, den _____

Unterschrift : _____