

**Hausärztliche Privatpraxis Dr. med. Monika Hamann
Dahlienstraße 8, 74336 Brackenheim Botenheim**

**Einwilligungserklärung
zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten**

Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis (ganz oder teilweise), dass die Praxis Dr. Monika Hamann meine Patientendaten erheben, speichern und wie folgt verarbeiten darf:

- Meine persönlichen sowie Behandlungsdaten werden an mitbehandelnde Ärzte und Therapeuten übermittelt bzw. Behandlungsdaten und Befunde von anderen mitbehandelnden Ärzten und Therapeuten eingeholt.
- Laborproben werden an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchungen übermittelt.
- Im Falle einer stattfindenden operativen Behandlung werden meine Behandlungsdaten an die behandelnde Klinik übermittelt.

Ich konnte das Informationsblatt zum Datenschutz zur Kenntnis nehmen, welches in der Praxis einsehbar ist und Rückfragen zu folgenden Punkten stellen.

- über den Umgang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- über Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Brackenheim,

Datum

Unterschrift Patientin / Patient

**Einverständniserklärung zur Benachrichtigung per SMS
und/oder E-Mail auf Wunsch auch WhatsApp**

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Monika Hamann mich per SMS, Whatsapp und / oder E-Mail benachrichtigt, um mich über z.B. Befunde zu informieren oder auch an bevorstehende Termine zu erinnern.

Brackenheim,

Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Behandlungsvertrag für Privatpatienten und Selbstzahler

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon privat: Tel. Arbeit:

Telefon mobil:

E-Mail-Adresse:

Name, Erziehungsberechtigte / r:

Wie sind Sie versichert?

privat **Versicherung:**
 vollversichert
 Basistarif (vergleichbar mit gesetzlicher Versicherung)

gesetzlich Versicherung:

 ich habe eine private Zusatzversicherung für den
 ambulanten allgemeinmedizinischen Bereich

Berufliche Tätigkeit:

**Hausärztliche Privatpraxis Dr. med. Monika Hamann
Dahlienstraße 8, 74336 Brackenheim Botenheim**

Einverständniserklärung für Privatpatienten und Selbstzahler
Honorarvereinbarung

Ich wünsche die ärztliche Untersuchung und damit verbundene Therapie durch die Hausärztliche Privatpraxis Dr. Monika Hamann. Die Rechnung wird nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt, wobei für ärztliche Leistungen der 3,5-fache, für technische Leistungen der 2,5-fache Bewertungssatz angesetzt wird. Die GOÄ kann in der Praxis eingesehen werden.

Ich verpflichte mich, die für die Behandlung anfallenden Kosten bzw. das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig davon, ob Versicherungen und / oder Beihilfestellen diese ganz, teilweise oder nicht übernehmen. Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten die Leistungen in der Regel nicht.

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Ich bestätige eine Kopie dieses Behandlungsvertrages sowie die Aufklärung zu den Behandlungskosten (nur bei gesetzlicher Versicherung oder Versicherung zum Basistarif) erhalten zu haben.

Bei Behandlung minderjähriger Patienten versichere ich hiermit ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

Brackenheim,

Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin / Arzt