



Anmeldeformular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen im **MVZ Dermatologie im Villenviertel**. Wir freuen uns, dass Sie Ihre Gesundheit uns anvertrauen. In Ihrem Interesse dürfen wir Sie um folgende Angaben bitten:

Name _____ Vorname _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Mobile / Telefon _____
(soweit wir Sie telefonisch kontaktieren dürfen, bitte ausfüllen)

E-Mail _____
(soweit wir Sie per E-Mail kontaktieren dürfen, bitte ausfüllen)

Ausgeübter Beruf _____

Krankenversicherungsstatus

- gesetzlich versichert
 privat versichert

Besondere Versicherungen:

- Normaltarif Beihilfe
 Post B Basistarif
 KVB I-III Studententarif
 Selbstzahler

Name der Krankenversicherung

Name / Kontaktdaten Ihres Hausarztes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Blutverdünnung, Blutdrucksenker)

Haben Sie Allergien

Bitte ankreuzen:

Im Rahmen meiner Behandlung erkläre mich damit einverstanden, dass...

- Ja ...mein **behandelnder Dermatologe** die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei **meinem Hausarzt und / oder bei anderen Leistungserbringern**, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Dermatologe darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Nein

- Ja ...mein **behandelnder Hausarzt** Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die im Rahmen meiner Behandlung im **MVZ Dermatologie im Villenviertel** erstellt wurden. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden.
- Nein

- Ja ...ich eine Erinnerung an Termine bzw. Terminänderungen (einschl. Absagen) über die **Doctolib GmbH** (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) an meine oben genannten Kontaktdaten (E-Mail und/oder SMS) erhalte. **Durch Ihre Zustimmung ermöglichen Sie uns, dass wir Ihnen eine zeitnahe mögliche Terminänderung (einschl. Absagen) mitteilen können. Ihre Daten werden hierbei ausschließlich für diesen Zweck von uns verwendet.**
- Nein

Bitte ankreuzen:

Im Rahmen meiner Behandlung und zukünftiger Folgebehandlungen kann eine Laboranalyse meiner medizinischen Proben notwendig werden.

Labor Dr. Wisplinghoff GbR (Horbeller Str. 18 – 20, 50858 Köln)
Für Blut- und Urinproben, sowie Abstriche

Zentrum für Dermatopathologie Freiburg GbR (Engelbergerstraße 19, 79106 Freiburg i. Br.)
Für Gewebeproben

Fachklinik Hornheide e.V. (Dorbaumstrasse 300, 48157 Münster)
Für Gewebeproben

MVZ Corius DermPathBonn GmbH (Triererstr. 70-72, 53115 Bonn, Deutschland)
Für Haut- und Gewebeproben

Meine Proben sollen an folgendes Labor gesendet werden:

Ich stimme der Weiterleitung meiner medizinischen Proben an alle Labore zu.

Für Organisation der Termine im Rahmen der medizinischen Versorgung wird die **Doctolib GmbH** (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) im Auftrag des **MVZ Dermatologie im Villenviertel** die von mir freiwillig überreichten Informationen und Kontaktdaten, bzw. Patientenstammdaten verarbeitet und dazu verwendet ein für mich kostenloses Patienten Benutzerkonto auf der Internet-Plattform www.doctolib.de zu erstellen. Meine Daten werden hierbei ausschließlich zum Zweck der Organisation des Patiententermins verwendet.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit vollständig oder zu Teilen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich in der Praxis oder an die oben genannte Adresse, ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinischen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/der Patient/in entsprechend aufgeklärt.

Einverständniserklärung des/der Patienten/in und Zahlungspflichten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich ebenfalls, die Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage, sofern eine Leistung (so genannte Igel- oder Privatabrechnungsleistung) in Anspruch genommen wurde, die von meiner Krankenkasse nicht übernommen wird und meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an die Firma **Medas factoring GmbH** (Messerschmittstraße 4, 80992 München) weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Abrechnungsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z. B. Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehmen.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO liegen im **MVZ Dermatologie im Villenviertel** aus.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO zur Kenntnis genommen.

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters/in bei z.B. minderjährigen Patienten/Patientinnen
(in Druckbuchstaben)