



Anmeldebogen

Stamm daten	Personalien:			
	Familienname:	.....	Vornamen:	.....
	geboren am:	.....		.....
	Straße:	.....	PLZ/Ort:	.....
	Telefon privat:	..... /.....	geschäftlich /.....
	Email:	.....	Krankenkasse:	.....

A-soz.	Freiwillige Angaben:			
	Familienstand:	.....	Beruf z.Zt.:	.....
	Anzahl Kinder:	.....	Geburtsjahre:	.....

A	Medizinische Fragen:			
	Welche Beschwerden haben Sie heute?			

M & DDI	Aktuelle Medikation: Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um diese Angaben				
	Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts
	1: .....	.....	.....	.....	.....
	2: .....	.....	.....	.....	.....
	3: .....	.....	.....	.....	.....
	4: .....	.....	.....	.....	.....
	5: .....	.....	.....	.....	.....

DD	Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?				
	Erkrankung	nein	ja	Welche?	wann diagnostiziert?
	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herz- oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluterkrankungen/Blutgerinnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstopfung/Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RA	Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche: 1:..... 2:..... 3:.....			
	Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann (Jahresangabe)			
RA	Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/>			
	Wenn ja: wie viel? ...../Tag		Seit wann Bis wann:	
FA	Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?			
	Erkrankung	nein	ja	Welche?
	Herz, oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Mit der Übermittlung und Austausch von Behandlungsdaten, Befunden und Rezepten mit anderen Ärzten und Leistungserbringern sowie folgenden Personen erkläre ich mich einverstanden:

.....

2. Gerne können Sie mich an Kontrolluntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen erinnern.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Der nachfolgende Abschnitt gilt nur für Selbstzahlerleistungen bei Kassenpatienten und die private Liquidation:

Unsere Rechnungsstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und wird, mit Ihrem **schriftlichen Einverständnis**, durch die **PVS Privatärztliche VerrechnungsStelle Südwest GmbH**, Geschäftsstelle Mannheim, 68159 Mannheim, C8,9 oder die Geschäftsstelle 76185 Karlsruhe, Rheinstr. 77a durchgeführt.

Ihre Daten werden von der PVS Privatärztlichen VerrechnungsStelle Südwest GmbH bzw. der ASZ in Karlsruhe vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen.

Ihre behandelten Ärzte treten ihre Honorarforderungen treuhänderisch an die Verrechnungsstelle ab. Das bedeutet, dass die PVS im Namen der Ärzte die Rechnung erstellt und deren Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und ihre Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden. Ihre Ärzte bleiben auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die PVS unterliegt den Weisungen der Ärzte, dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung.

- Mit der Weitergabe der oben genannten Daten an die PVS Südwest GmbH zur Rechnungserstellung zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen und der ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe zum Druck und Versand der Rechnungen, bin ich einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Dies gilt auch für mit behandelnde Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter