

### Patientenvertrag

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  w ♀  m ♂

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Tel. Büro/ Firma: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (bei minderjährigen Kindern):

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

### Derzeitige Krankenversicherung:

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privatversicherung  | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung        |
| <input type="checkbox"/> Privatversicherung und Beihilfe                           | <input type="checkbox"/> Selbstzahler / nicht krankenversichert |
| <input type="checkbox"/> Privatversicherung mit <b>Basistarif</b> (Faktor bis 1,0) | <input type="checkbox"/> KVB I-III (Faktor 1,0 bis 2,2)         |
| (Bitte Zusatzbogen ausfüllen)  | <input type="checkbox"/> Postbeamten B (Faktor 1,0 bis 1,9)     |

### Ausführung

Die Rechnungslegung erfolgt nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Von der GOÄ '96 abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit einzelner medizinisch notwendiger Leistungen sind nicht maßgebend, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Direktabrechnungen mit Versicherungen oder Beihilfestellen werden nicht vorgenommen. Möglicherweise entstehende Differenzbeträge zwischen Rechnungshöhe und Erstattungsbetrag durch Versicherungen (z.B. beim privaten Basistarif-Vertrag) oder Beihilfestellen müssen durch den Patienten selbst ausgeglichen werden. Einzelne GOÄ-Ziffern können je nach Zeitaufwand und Komplexität der medizinischen Leistung bis Faktor 3,5 (nach Begründung) gesteigert werden. Sollten Sie Ihren Termin ohne vorherige Absage nicht wahrnehmen, wird Ihnen eine Analog-Gesprächsziffer als Ausfallhonorar an diesem Termin in Rechnung gestellt.

### Erklärung des Patienten

Ich wünsche die Privatbehandlung durch Dr. Paul Dann / Dr. Jürgen Arnold / Claude Waltking. Mir ist bekannt, dass ich als Unterzeichner für die entstehenden Kosten und Honorare in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Verzögerung zu begleichen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Befunde, die im Zuge der Behandlung erhoben und dokumentiert werden, auch einem weiteren Arzt zugänglich gemacht werden, der die Praxisinhaber – etwa urlaubsbedingt, in Fällen der Fortbildung oder der Erkrankung – vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als Partner (z. B. Assistent) oder Nachfolger in die Praxis eintritt.

Düsseldorf, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen

**Bitte Rückseite beachten**

**Vorgeschichte zur orthopädischen Behandlung einschließlich Injektionsbehandlung**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes **bitte ankreuzen und unterstreichen** bzw. ergänzen. Wir helfen Ihnen bei Bedarf gerne beim Ausfüllen.

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Nehmen Sie/Ihr Kind <b>Medikamente</b> ein? Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin), Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder _____, <i>falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>1. Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Sie an einem der folgenden Organe bzw. Organsystem erkrankt sind oder waren:</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
<b>Herz-/Kreislaufsystem:</b> Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen oder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nieren:</b> Nierenentzündung, hohe Kreatininwerte, Dialyse oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lunge:</b> Asthma, Tbc oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Magen/Darm:</b> Entzündungen, Geschwüre, Pilzerkrankungen oder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Auge:</b> Grüner Star (Eng-bzw. Weitwinkelglaukom) oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankung:</b> Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht oder _____, falls Sie einen Diabetikerausweis besitzen, bitte vorlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blut:</b> Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung, Blutkrankheit oder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b> Leberkrankheiten oder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nerven:</b> Sind Nervenerkrankungen bekannt? Haben Sie Lähmungen? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergie:</b> (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder <b>Unverträglichkeit</b> von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Jod oder _____, falls Sie einen Allergieausweis besitzen, bitte vorlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>2. Haben Sie eine akute Entzündung oder chron. Infektion</b> z.B. Erkältung, Viruserkrankung (z.B. Herpesinfektion, HIV), entzündliche Hauterkrankung, Pilzinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>3. Wurden Sie in den vergangenen 2 Wochen geimpft</b> oder ist eine Impfung geplant? Wenn ja, wann und wogegen?  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>4. Wurde der beschwerdeführende Körperbereich/das Gelenk schon einmal geröntgt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>5. Für Frauen im gebärfähigen Alter:</b> Könnten Sie schwanger sein? Wenn ja, in welcher Woche? _____ Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>