



Herzlich willkommen in unserer Praxis, um Ihre Behandlung möglichst gut planen zu können, sind verschiedene Informationen für uns wichtig.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und beantworten Sie uns folgende Fragen. Bei Bedarf nutzen Sie die Rückseite des Bogens.

Vielen Dank!

..... Name
..... Vorname
..... Geburtsdatum

1. Was führt Sie zu uns? (ggf. Rückseite benutzen)

.....

.....

.....

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein Ja, folgende:

WICHTIG: Ändert sich an Ihren sonstigen Medikamentenverordnungen etwas, informieren Sie bitte Ihren behandelnden Psychiater darüber.

3. Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

- Nein Ja, folgende:

4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Nein Ja, folgende:

5. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Psyche |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung |

6. Gab oder gibt es wegen einer psychischen Erkrankung Vorbehandlung/en (stationär oder ambulant / therapeutisch oder psychiatrisch)?

- Nein Ja, folgende:

.....

Hannover, den

PatientInnen Unterschrift bzw. gesetzlich vertretende Person



Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mailadresse _____ Telefonnummer _____

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Für meine Behandlung kann es erforderlich sein, dass Behandlungsdaten bei anderen mitbehandelnden Ärzten oder Leistungserbringern (z.B. Labor) angefordert oder übermittelt werden.

2. Berechtigung Dritter

Ich habe die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder bekannte Personen zu benennen, an welche Informationen über meine Behandlung (z.B: Rezepte oder Termine) herausgegeben dürfen.
Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimme ich selbst.

Hier bitte Name, Vorname (Geb.-Datum) des Dritten eintragen:	Einschränkung der Herausgabe:
Hier bitte Name, Vorname (Geb.-Datum) des Dritten eintragen:	Einschränkung der Herausgabe:
Hier bitte Name, Vorname (Geb.-Datum) des Dritten eintragen:	Einschränkung der Herausgabe:

3. Kontakt

Ich bin damit einverstanden, dass ich über Termine o.ä. schriftlich, telefonisch oder per Mail informiert werden darf (bitte durchstreichen, sofern nicht gewünscht).

4. Widerruf

Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung kann ich jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Hannover, den _____ Datum
_____ Unterschrift der behandelten Person bzw. gesetzliche Vertretung

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.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Patient - Nachname / Vorname (m/w/divers)

Geburtsdatum (Patient m/w/divers)

ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

identisch mit Patientendaten

Rechnungsempfänger - Nachname / Vorname (m/w/divers)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Ort

Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung Normale private Krankenversicherung Beihilfeberechtigt

Besondere Versicherungen: Post B KVB

Besondere Tarife: Basistarif* Standardtarif* Studententarif*

*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: _____

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrter Patient (m/w/divers),

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter der Telefonnummer 0541 335 3697 bzw. Mail: info@pvs-niedersachsen.de. Mit der Beitreibung von Honorarforderungen, zu denen ein Zahlungsverzug eintritt, soll die Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST), beauftragt werden. Auch bei dieser handelt es sich um eine berufsständische Vereinigung, deren Mitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Die von der RST verarbeiteten Rechnungsdaten werden nach Beitreibung der Honorarforderung gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS NDS (datenschutz@pvs-niedersachsen.de) oder die RST (zentrale@rst-hannover.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf www.pvs-niedersachsen.de/transparenz. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der RST finden sie auf www.rst-hannover.de/datenschutz.

Diese Einwilligungserklärung ist für Ihren behandelnden Arzt!

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde **ausschließlich für den Beschwerdefall** lauten:

Landesbeauftragte für den Datenschutz
Prinzenstr. 5
30159 Hannover
Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

