

Erklärungen (Der Text darf NICHT verändert werden, da sonst KEINE Behandlung möglich ist!):	
1.	Ich bin mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner Personalien, Angaben und medizinischen Daten einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass die Anmeldung, das Wartezimmer und die Wartebereiche vor den Sprechzimmern mittels Videotechnik beobachtet werden. Eine Patienteninformation über den Datenschutz habe ich vorab erhalten.
2.	Mit einer Weitergabe dieser Informationen und meiner medizinischen Daten an folgende Personen oder Einrichtungen erkläre ich mich grundsätzlich einverstanden: - konsiliarisch zugezogene, vor-, nach- und weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken - Vertreter, Angestellte und Assistenzärzte in der Praxis - Vertreter, Angestellte und Assistenzärzte im Diakonissenhaus - derzeitige und künftig in die Praxis eintretende Partner oder Nachfolger - Kostenträger (z.B. Krankenversicherung), sofern eine gesetzliche Verpflichtung besteht oder ich diesen gegenüber eine entsprechende Entbindungserklärung abgegeben habe
3.	Einen schriftlichen Bericht über die Ergebnisse der Untersuchungen und ggf. die Behandlung sollen/dürfen jeweils bis auf Widerruf erhalten: überweisender Arzt (z.B. wie oben angegeben) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Hausarzt (wie oben angegeben) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> folgende weitere Ärzte/Kliniken ich selbst: <input type="radio"/> per Fax (<input type="radio"/> nur nach telefonischer Ankündigung) an folgende Nummer: <input type="radio"/> per Post (Freikuvert oder Briefmarke erbeten) <input type="radio"/> per PDF online Zugriff auf www.doctolib.de (Konto muss vorab mit einem Handy verknüpft werden) Befunde bezüglich Sexualproblemen dürfen auch mitgeteilt werden <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
4.	Mündliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand darf/dürfen neben oben genannten Angehörigen und unter 3 genannten Personen/Kliniken bis auf Widerruf erhalten: <input type="radio"/> folgende weitere Personen:
5.	Eine Terminerinnerung („Recall“) wird als freiwillige Leistung angeboten. Ein Versäumnis unsererseits oder aufgrund einer EDV-Panne begründet keinen Anspruch auf Schadenersatz.
6.	Bei Verhinderung müssen Sprechstundentermine mindestens 1 Woche vorher abgesagt werden (im akuten Erkrankungsfall unverzüglich); bei Zuwiderhandlung wird eine Entschädigung von pauschal 30,00 EUR vereinbart.
7.	Auch bei bester Organisation kann es durch Notfälle zu Verschiebungen im Terminplan kommen. Hierbei können auch einmal Verzögerungen von weit mehr als 30 Minuten eintreten. Auch in einem solchen Falle verzichte ich auf Schadenersatzansprüche.
8.	Bei Inanspruchnahme von Selbstzahler- oder individuellen Gesundheitsleistungen erkläre ich, dass ich in der Lage bin diese fristgerecht (Fälligkeit 4 Wochen nach Rechnungsstellung) zu bezahlen. Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich zu den Regelsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
9.	Vertragspartner für die ärztliche Behandlung sind der Patient und der behandelnde Arzt und nicht die für den Patienten zuständige Versicherung. Es kann auf Grund zunehmend restriktiver Erstattungen durch die Privatversicherungen vorkommen, dass bestimmte Leistungen von ihrer Privatversicherung nicht oder nicht vollumfänglich übernommen werden. Hierbei handelt es sich nicht um eine Fehlabrechnung unsererseits, sondern um eine Leistungseinschränkung Ihrer Privatversicherung. Bei besonders aufwändigen Untersuchungen und Therapien kann es notwendig sein einen über das übliche Maß gehenden Steigerungssatz der entsprechenden Leistung anzuwenden. Ich habe von der o.g. Sachlage Kenntnis genommen, akzeptiere einen evtl. über das übliche Maß hinausgehenden Steigerungssatz und werde Rechnungen grundsätzlich ungekürzt überweisen.
10.	Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit versichert. Änderungen werde ich unaufgefordert mitteilen.
11.	<input type="radio"/> Ich möchte eine Kopie dieses Bogens und meiner Angaben erhalten.
12.	Augsburg, den
Unterschrift:	(Nachname und Vorname in Druckbuchstaben) Erfassung <input type="text"/> Scan <input type="text"/>