

Dr. med. Walter Trettel • Dr. med. Peter Grieffenhagen

Dr. med. Martina Nitsche

Fachärzte für Dermatologie • Venerologie • Allergologie • ambulante Operationen

Eckernförder Str. 219 • 24119 Kiel • Tel. 0431-66 74 240 • Fax 0431-66 74 243

Name:	Geb. Datum:
Versicherung:	
Straße:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	Handy-Nr.:
E-Mail:	Hausarzt:

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, der uns wichtige Informationen vor Beginn einer Behandlung in unserer Praxis liefert. Falls Sie eine Frage nicht verstanden haben, sprechen Sie den Arzt bei Beginn der Behandlung an. Vielen Dank.

Leiden oder litten Sie an einer der folgend aufgeführten Erkrankungen:

Hepatitis A, B, C (Leberentzündung durch Viren)? ja nein
(A: B15.9, B: B16.9, C: B17.1)

Wenn ja, welche:.....

Epilepsie (Krampfanfälle)? (G40.9) ja nein

Allergischen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche:

Erkrankungen des Blutes (z.B. Hämophilie, Anämie, Leukämie, Thrombophilie)? (D66-68, D64.9, I82.9) ja nein

Wenn ja, welche:

Krebs-/Hautkrebskrankungen? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (Z92.1G) ja nein

Nierenfunktionsstörung (Insuffizienz) (N19) ? ja nein

HIV-Infektion (Aids) (Z21) ? ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) (E11) ja nein

Rheumaerkrankungen (I00)? ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz) (I50.9) ja nein

Arthrose/Arthritis (Gelenkserkrankungen)? (M15-M19) ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?

Dr. med. Walter Trettel • Dr. med. Peter Grieffenhagen

Dr. med. Martina Nitsche

Fachärzte für Dermatologie • Venerologie • Allergologie • ambulante Operationen

Eckernförder Str. 219 • 24119 Kiel • Tel. 0431-66 74 240 • Fax 0431-66 74 243

Patienteninformation für privatärztliche Leistungen

Ich wünsche für mein Kind/für mich

Name: _____ Vorname: _____

geb. Datum: _____ versichert bei: _____

die private dermatologische Beratung und Behandlung durch einen der oben genannten Ärzte. Die Erstellung der Liquidation (Rechnung) erfolgt in der Regel nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 01.05.2001 und den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Davon abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit können nicht berücksichtigt werden, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Falls notwendig werden sogenannte Analogziffern zur Anwendung gebracht. Analogziffern betreffen Leistungen, die in der aktuellen GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

Gemäß §5, Absatz 2, GOÄ (Umstände bei der Ausführung) kann unter berechtigten Voraussetzungen bis zum 3,5-fachn Satz für ärztliche und 2,5-fachen Satz für technische Leistungen (außer KVB-Vertrag Beitragsklasse I-III) abgerechnet werden.

Ich verpflichte mich, diese in Anspruch genommenen Leistungen selbst nach Rechnungslegung fristgerecht zu bezahlen, ohne Rücksicht darauf, ob mir Ansprüche gegen eine private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen zustehen. Die Klärung solcher privater Versicherungsverhältnisse übernehme ich selbst.

In der Regel werden die Leistungsforderungen von den Versicherungen bzw. Beihilfestellen übernommen. Da dies jedoch nicht im Ermessen des Arztes liegt, der zudem keinen Einblick in einzelne Versicherungsverträge hat, darf seitens des Patienten/der Patientin keine Kürzung vorgenommen werden, sollte der Erstattungsbetrag nicht dem Rechnungsbetrag entsprechen. Es wird hiermit ausdrücklich ein Behandlungsvertrag zwischen Patient/Patientin und Hautarzt geschlossen.

Ich habe davon Kenntnis, dass die Erstellung und der Einzug der für mich bestimmten Privatrechnung(en) durch die berufsständige Privatärztliche Verrechnungsstelle Schleswig-Holstein (PVS) erfolgt, an die nur die für eine korrekte Rechnungsstellung notwendige Daten weitergegeben werden. Laborleistungen und histologische Untersuchungen werden vom Labor bzw. dem histologischen Labor direkt mit dem Patienten abgerechnet.

Ich bin damit einverstanden, über regelmäßige Kontrolltermine (Recall) informiert zu werden.

Ich hatte ausreichend Zeit, diese Information zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar dieser Information erhalten.

Kiel,

Dr. med. Walter Trettel • Dr. med. Peter Grieffenhagen

Dr. med. Martina Nitsche

Fachärzte für Dermatologie • Venerologie • Allergologie • ambulante Operationen

Eckernförder Str. 219 • 24119 Kiel • Tel. 0431-66 74 240 • Fax 0431-66 74 243

Patienteninformation für privatärztliche Leistungen KOPIE FÜR DEN PATIENTEN

Ich wünsche für mein Kind/für mich

Name:

Vorname:

geb. Datum:

versichert bei:

die private dermatologische Beratung und Behandlung durch einen der oben genannten Ärzte. Die Erstellung der Liquidation (Rechnung) erfolgt in der Regel nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 01.05.2001 und den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Davon abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit können nicht berücksichtigt werden, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Falls notwendig werden sogenannte Analogziffern zur Anwendung gebracht. Analogziffern betreffen Leistungen, die in der aktuellen GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

Gemäß §5, Absatz 2, GOÄ (Umstände bei der Ausführung) kann unter berechtigten Voraussetzungen bis zum 3,5-fachn Satz für ärztliche und 2,5-fachen Satz für technische Leistungen (außer KVB-Vertrag Beitragsklasse I-III) abgerechnet werden.

Ich verpflichte mich, diese in Anspruch genommenen Leistungen selbst nach Rechnungslegung fristgerecht zu bezahlen, ohne Rücksicht darauf, ob mir Ansprüche gegen eine private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen zustehen. Die Klärung solcher privater Versicherungsverhältnisse übernehme ich selbst.

In der Regel werden die Leistungsforderungen von den Versicherungen bzw. Beihilfestellen übernommen. Da dies jedoch nicht im Ermessen des Arztes liegt, der zudem keinen Einblick in einzelne Versicherungsverträge hat, darf seitens des Patienten/der Patientin keine Kürzung vorgenommen werden, sollte der Erstattungsbetrag nicht dem Rechnungsbetrag entsprechen. Es wird hiermit ausdrücklich ein Behandlungsvertrag zwischen Patient/Patientin und Hautarzt geschlossen.

Ich habe davon Kenntnis, dass die Erstellung und der Einzug der für mich bestimmten Privatrechnung(en) durch die berufsständige Privatärztliche Verrechnungsstelle Schleswig-Holstein (PVS) erfolgt, an die nur die für eine korrekte Rechnungsstellung notwendige Daten weitergegeben werden. Laborleistungen und histologische Untersuchungen werden vom Labor bzw. dem histologischen Labor direkt mit dem Patienten abgerechnet.

Ich bin damit einverstanden, über regelmäßige Kontrolltermine (Recall) informiert zu werden.

Ich hatte ausreichend Zeit, diese Information zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar dieser Information erhalten.

Kiel,