Sehr geehrte PatientInnen,

Sie haben einen Termin zu einer Knochendichtemessung in unserer Praxis vereinbart.

Um einen reibungslosen Ablauf und die Einhaltung der vereinbarten Terminzeiten zu gewährleisten, füllen Sie die folgenden Seiten bitte unbedingt VOLLSTÄNDIG und BEIDSEITIG aus.

Ohne vollständig ausgefüllte Unterlagen und Ihrem schriftlichen Einverständnis kann die Messung NICHT durchgeführt werden.

Da in der Vergangenheit von Patientenseite nicht immer korrekt angegeben wurde, ob innerhalb der letzten 5 Jahre ggf. in einer anderen Praxis bereits eine DEXA-Messung stattfand, führen wir die Untersuchung nur durch, wenn der Behandlungsvertrag und die Einwilligung der Datenübermittlung an die Rechnungsstelle der PVS von Ihnen unterschrieben wurde.
Genauere Erklärung hierzu finden Sie im Behandlungsvertrag.

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation und Verständnis!

Ihr Praxis-Team

Anlagen: **Bitte beachten Sie jeweils Vor- und Rückseite und füllen diese vollständig aus**

1- Osteologischer Fragebogen (2 Seiten)
2- Behandlungsvertrag Knochendichtemessung und
   Einwilligung zur Rechnungsstellung über die PVS
3- Einverständniserklärung Knochendichtemessung / Röntgenuntersuchung
4- Patientenaufklärung / Datenschutz/ Info PVS

Osteologischer Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Bitte beantworten Sie folgende Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporoserisikos wichtig sind. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Name:
Vorname:
Geb.-Datum:

Körpergröße: _____

Körpergewicht:_____

Nur für Frauen: aktuell schwanger? ☐ ja / ☐ nein

Bitte entsprechende Antwort ankreuzen, ggf. <u>Antwort unterstreichen:</u>

	Beschwerden	
01.	**Leiden Sie unter Rückenschmerzen?** **Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opioide/Morphine?**	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
02.	**Haben Sie sich einen Knochen gebrochen? Wenn ja, Wann?** Oberschenkel☐ Wirbelkörper ☐ Unterarm ☐ Oberarm ☐Becken☐ Sonstige **Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule oder am Hüftgelenk operiert?**	☐ Ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
03.	**Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt?** **wenn ja, wie oft?_____**	☐ ja ☐ nein
	Diagnostik	
04.	**Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt?** Brustwirbelsäule ☐ Lendenwirbelsäule ☐	☐ ja ☐ nein
05.	**Sind Sie kleiner geworden? Wenn ja, wie viele cm?** _____	☐ ja ☐ nein
06.	**Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?**	☐ ja ☐ nein
	Risikofaktoren	
07.	**Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch erlitten?**	☐ ja ☐ nein
08.	**Haben Sie einen Diabetes mellitus?** **Typ I ☐ Typ II ☐ Typ II-insulinpflichtig?** ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit wieviel Jahren?_____	☐ ja ☐ nein
09.	**Rauchen Sie oder leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder COPD?**	☐ ja ☐ nein
10.	**Haben Sie oder hatten Sie eine Schilddrüsen<u>über</u>funktion?** **Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüse bekannt?**	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
11.	**Wurde eine Chemotherapie bei Ihnen durchgeführt?**	☐ ja ☐ nein
12.	**Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein? Wenn ja, welches?_____** **Wenn ja, wann zuletzt_____ in der Dosierung_____**	☐ ja ☐ nein

13.	**Waren oder sind Sie von einer chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankung (z. B. Rheuma) oder von einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn/Colitis ulcerosa/Zöliakie) betroffen? (bitte untenstehend angeben)** _____	☐ ja ☐ nein
14.	**Leiden Sie an Herzschwäche?** **Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt?**	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
15.	**Hatten Sie eine Magen-Operation?** **Wenn ja, welche?**_____ **Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z. B. Omeprazol)? Wenn ja, seit wann?** **Ist eine eingeschränkte Leberfunktion bekannt?**	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
16.	**Leiden Sie an Epilepsie oder müssen Sie Antiepileptika einnehmen?** **Leiden Sie an Depression oder nehmen Sie Antidepressiva ein?** **Nehmen Sie Schlafmittel ein? Wenn ja, welches?**_____ **Leiden Sie an Multipler Sklerose?** **Leiden Sie an M. Parkinson?** **Haben Sie je einen Schlaganfall erlitten? Wenn ja, wann?**_____ **Wurde eine (beginnende) Demenz bei Ihnen diagnostiziert?** **Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen?**	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
	Unverträglichkeiten/Allergien	
17.	**Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?**	☐ ja ☐ nein
18.	**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?** Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
	Hormone/Krebs: Frauen Frage 19-23/Männer Frage 22- 23	
19.	**Wann kamen Sie in die Wechseljahre?** mit _____ Jahren	Jahr_____
20.	**Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden?**	☐ ja ☐ nein
21.	**Nehmen oder nahmen Sie nach den Wechseljahren weibliche Geschlechtshormone?**	☐ ja ☐ nein
22.	**Hatten Sie Brust- oder Prostatakrebs?**	☐ ja ☐ nein
23.	**Werden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen?**_____	☐ ja ☐ nein

_____

D a t u m U n t e r s c h r i f t {Patient-Name}, {Patient-Vorname}

Behandlungsvertrag

über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung (IGEL) zwischen

Herrn/Frau
Adresse

geboren am Pat.-Nr.:
und

- Dr. med. Norbert Ursel , Kapuzinerstr. 1a, 76530 Baden-Baden
- MVZ Dr. Ursel GmbH, Kapuzinerstr. 1a, 76530 Baden-Baden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Knochendichtemessung nach der DEXA-Methode durchgeführt werden.

Diese Untersuchung ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten, wird aber im Regelfall nur alle 5 Jahre, zur Überprüfung einer laufende Osteoporosetherapie oder bei vorliegender medizinischer Begründung durch Ihren Arzt übernommen. Sollten Sie nicht sicher sein, ob Ihre Versicherung die Kosten für die Untersuchung übernimmt, bitten wir Sie, dies im Vorfeld abzuklären.
Sollte Ihre Versicherung die Kosten nicht übernehmen, müssen wir Ihnen diese Leistung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) in Rechnung stellen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie in dem o.a. Fall die privatärztliche Rechnung umgehend nach Rechnungstellung begleichen. Die Rechnungsstellung kann bis zu 6 Monate in Anspruch nehmen.

Für die Inanspruchnahme folgender Leistung werden dann entsprechende Gebühren berechnet.

Anzahl	Leistung		Ziffern	Faktor	Gesamtbetrag
1	Knochendichtemessung	DXAi	5475 (1x Hüfte+LWS) 5377 (TB-Score) Versandkosten	2,0 1,0	82,55€

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt oder in meiner Entscheidung beeinflusst.

Bei Terminabsage weniger als 24h vor dem Termin wird gemäß §615 BGB ein Ausfallhonorar nach GOAE in Rechnung gestellt.

Baden-Baden,_____
Ort, Datum

X_____ X _____
Unterschrift Patient Unterschrift Arzt

Privat	KVB I-III	KVB IV	Post B	BG	Standard-Tarif	Basis-Tarif	Student
Name des Zahlungspflichtigen Vorname							
Ehegatte, Sohn, Tochter geb. am							
Straße:							
PLZ / Wohnort:							

Einwilligungserklärung (nach Kenntnisnahme der „Wichtigen Information zu Ihrer Privatabrechnung“)

1. Ich bin mit der Weitergabe zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen, insbesondere der aus der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH, C 8, 9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center - GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen, einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS Südwest GmbH die Leistungen meines Arztes und ggf. mitbehandelnder Ärzte im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS Südwest GmbH 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 zwischen meinem Arzt und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

Baden-Baden, _____

Ort, Datum

X _____

Unterschrift Patient/gesetzliche Vertreter/Vertretungsberechtigte
(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

_____

Name, Vorname
(sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)

Einverständniserklärung zur Knochendichtemessung mittels DEXA (Röntgenuntersuchung)

Name, Vorname:

geb. am:

Patientennummer:

Datum der geplanten Untersuchung: _____

Nur für unsere weiblichen Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐

Letzte Periode? _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient



- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung
(Art. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns 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 PVS Südwest GmbH, eine berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. 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.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die beigefügte 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.

Empfänger der Daten ist die PVS Südwest GmbH, sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS Südwest GmbH hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffernzusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie auch bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt.
In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse C 8, 9, 68159 Mannheim oder Tel.: 0621-1640 bzw. E-Mail: rechnung@pvs-suedwest.de und www.pvs-suedwest.de.

Die von der PVS Südwest GmbH verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen 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 Südwest GmbH, E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370.
Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-suedwest.de.

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 lauten:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Telefon 0711/615541-0, Telefax 0711/615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de
(Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.)
PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962
Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir benötigen vor Behandlungsbeginn Auskünfte über Ihre Krankheitsvorgeschichte und Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese sind wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte unsere Helferinnen.

Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Telefonnummer: _____
Handy-Nr.: _____
e-mail: _____

Hausarzt: _____

Was machen Sie beruflich?_____

Körpergröße _____(cm), Gewicht _____(kg)

Patientenaufklärung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es im Rahmen der Behandlung zu einer Blutentnahme, Schmerzspritze (z.B. Gelenkinjektion), Punktion, Akkupunktur oder aber einer Betäubungsspritze kommen kann.

Trotz größter Sorgfalt kann es in seltenen Einzelfällen während oder nach der Injektion zu Komplikationen, wie z.B. allergische Reaktionen, Überempfindlichkeit, Infektionen oder Verletzungen von Blutgefäßen kommen.
Sollten Sie nach der Spritze oder Punktion Schmerzen, eventuell verbunden mit Fieber, Hautrötungen und Schwellungen bemerken, sollten Sie sich sofort an einen Arzt wenden.
Durch die **Chirotherapie** können Funktionsstörungen der Bewegungsorgane erkannt und behandelt werden. Bei der Therapie der Halswirbelsäule kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Gefäßverletzung und zu einer Störung der Blutversorgung des Gehirns kommen. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe kann es, ebenfalls in sehr seltenen Fällen, zu einer Verschlimmerung der Beschwerden kommen. Alternativ zu Chirotherapie können auch medikamentöse Maßnahmen oder Injektionsbehandlungen zur Therapie der Funktionsstörung eingesetzt werden.

Dieser Informationstext dient der Grundinformation. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über alle Fragen, die nach dem Lesen dieses Informationsblattes bleiben.

Haben Sie Vorerkrankungen?	**Ja**	**Nein**
Bluthochdruck	0	0
Diabetes (Zuckerkrankheit)	0	0
Magenerkrankung	0	0
Tumorerkrankung	0	0
Nierenerkrankung	0	0
Hautkrankheit	0	0
Fettstoffwechselstörung	0	0
Gicht oder Rheuma	0	0
Erkrankung der Wirbelsäule	0	0
Tuberkulose	0	0
Aids/ HIV	0	0
Leberentzündung	0	0
Asthma	0	0
Herzkrankheit	0	0
Psychische Erkrankung	0	0
Anfallsleiden / Epilepsie	0	0
Schilddrüsenerkrankung	0	0
Herzschrittmacher/Defibrillator	0	0
Allergie	0	0

Wenn ja, gegen was?_____

Regelmäßige Medikamente:

Aspirin, ASS	0	0
Marcumar	0	0
Xarelto oder ähnliches	0	0
Andere Medikamente?	0	0

Welche und wieviel täglich?_____

Nur für Frauen:

Antibabypille	0	0
Schwangerschaft	0	0

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt

Ich erkläre mich dazu einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten u. Befunde bei anderen Ärzten u. Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation u. weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten u. Befunde an mich, behandelnde weitere Ärzte/ Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Die o. g. Informationen habe ich gelesen und verstanden. Alle eventuellen Fragen hierzu wurden beantwortet.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie dazu (Patientenaufklärung und Datenschutzgrundverordnung) ein.

Datum/Unterschrift X_____

Pat.-Nr.: _____

