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: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Haus-/Kinderarzt: _____

Beruf: _____

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.

Pat.-Nummer:

Vorerkrankungen	**JA**	**NEIN**
Osteoporose		
Rückenschmerzen / Erkrankung der Wirbelsäule		
Gelenkschmerzen		
Gicht oder Rheuma		
Bluthochdruck		
Herzerkrankung		
- Herzschrittmacher		
- Defibrillator		
Zuckerkrankheit		
Magen-Erkrankung		
Tumor-Erkrankung		
Nieren-Erkrankung		
Hautkrankheit		
Fettstoffwechsel-Erkr.		
Schilddrüsen-Erkr.		
Tuberkulose		
AIDS / HIV		
Psychische Erkr.		
Epilepsie		

Allergie	**JA**	**NEIN**
wenn ja, gegen:		

Medikamente	**JA**	**NEIN**
Aspirin (ASS)		
Blutverdünner		
Wenn ja, welches Präparat:		
Sonstige:		

Nur für Frauen	**JA**	**NEIN**
Antibabypille		
Schwanger		

_____ *X*_____

Ort, Datum Unterschrift Patient

Einwilligungserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

sowie zur Verwendung personenbezogener Daten zur Kontaktaufnahme

Name Kund*in/Patient*in:	
Zweck(e)	Kontaktaufnahme während der Therapie/Behandlung
☐ Anschrift:	
☐ Telefon:	
☐ E-Mail:	

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten u. Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation u. weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde sowie bildgebende Diagnostik an mich, behandelnde weitere Ärzte/ Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Ich willige weiterhin ein, dass meine zur Verfügung gestellten und markierten personenbezogene Kontaktdaten zur direkten Kontaktaufnahme durch das MVZ Dr. Ursel GmbH (inclusive der Abteilung Physiotherapie) oder die Praxis Dr. Norbert Ursel mit mir, bis auf Widerruf, verwendet werden dürfen.

Laut Artikel 21 Abs. 1-6 DS-GVO kann jederzeit diese Einwilligung widerrufen werden, wird der Widerruf ausgeführt werden die personenbezogenen Daten in der Zukunft nicht mehr für diese Zwecke verwendet. Der Widerruf ist zu richten an datenschutz@rwberatung.de.

Die o.g. Informationen habe ich gelesen und verstanden. Alle eventuellen Fragen hierzu wurden beantwortet.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie zu diesen Abschnitten der DSGVO ein.



_____ ***X***_____

Ort, Datum Unterschrift Patient

Pat.-Nummer:

Vollmacht

Ich (Patient): _____
(Vollmachtgeber)

geb. am: _____

wohnhaft in: _____

bevollmächtige hiermit

_____
(Name, Vorname, Geburtsdatum des Bevollmächtigten)

wohnhaft in: _____

_____

zur Abholung folgender Dokumente:

O Rezepte

O Überweisungen

O Befunde

O Sonstiges

O Zur Entbindung des behandelnden Arztes der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der oben genannten Person.

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir widerrufen werden und gilt:

O einmalig

O langfristig

Die bevollmächtigte Person bringt bitte zum Abgleichen der Daten den Personalausweis mit.

_____ ***X***_____
Ort, Datum Unterschrift Patient (Vollmachtgeber)

Pat.-Nummer:

Leerseite

Aufnahmeformular bei Privatversicherungen
oder einer privaten Zusatzversicherung

DR. NORBERT URSEL

MVZ DR. URSEL GMBH

Patientin / Patient:

Name:	Vorname:	Titel:
Geburtsdatum:	**Hauptversicherter:**	
PLZ-Wohnort:		
Straße:		
Telefon-Nummer, ggf. Handy-Nummer:		
E-Mail:		

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Tarif: ☐ **Vollversicherung**	☐ **Basistarif**	☐ **Standard reduziert**	>> intern: CAVE-Eintrag
☐ **Beihilfe**			
☐ **Postbeamten-B**	☐ **KVB I-III**	☐ **KVB IV**	
Name d. Versicherung:			

Rechnungsempfänger bei minderjährigen Patienten:

Name:	Vorname:	Titel:
Geburtsdatum:		
PLZ-Wohnort:		
Straße:		
Telefon-Nummer, ggf. Handy-Nummer:		
Name der Versicherung:		

_____ ***X***_____

Ort, Datum Unterschrift Patient (Rechnungsempfänger)

Pat.-Nr.:

bitte Zutreffendes ankreuzen:

* hierfür legen Sie uns bitte einen Nachweis vor

Privat	KVB I-III*	KVB I-IV*	Post B*	BG	Standard-Tarif*	Basis-Tarif*	Student*
Name, Vorname							
geb. am							
wohnhaft in							
Telefon							
E-Mail							

Pat.-Nummer:

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM MVZ DR.URSEL GMBH

DR. NORBERT URSEL

Kapuzinerstr. 1a, 76530 Baden-Baden

Behandlungsvertrag mit Aufklärung nach § 630 b BGB und Ausfallhonorar nach §615 BGB für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine

Behandlungsvertrag über privatärztliche Leistungen zwischen MVZ Dr. Ursel GmbH / Praxis Dr. Norbert Ursel
und
Herr / Frau

Der Zahlungspflichtige wünscht die Inanspruchnahme der privatärztlichen Untersuchung/Behandlung.
Die Leistungen des Arztes werden nach den Bestimmungen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Der Zahlungspflichtige hatte die Möglichkeit Einblick in die GOÄ zu nehmen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. Ferner wurde der Zahlungspflichtige darauf hingewiesen, dass die Erstattung der berechneten ärztlichen Leistungen, durch eine private oder gesetzliche Krankenversicherung oder Beihilfestelle, nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Für den Fall, dass der private Versicherer oder die Beihilfestelle die in Rechnung gestellten Kosten für durchgeführte Leistungen nicht erstatten, erklärt der Zahlungspflichtige mit seiner Unterschrift, dass er den Rechnungsbetrag in voller Kostenhöhe und unabhängig von der Kostenübernahme durch die Versicherung in jedem Fall bezahlen wird.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass vereinbarte Termine spätestens aber 24 Stunden vor dem Termin abzusagen sind. Für reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine behalten wir uns vor, unabhängig vom Grund, nach §615 BGB Annahmeverzug ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Die dafür festgelegten Gebühren können Sie in der Praxis jederzeit einsehen. Der Zahlungspflichtige ist darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der gesetzl. oder privaten Krankenversicherung ist und er für diese Gebühr selbst aufkommen muss.
Von dieser Vereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

_____ *X* _____
Ort, Datum Unterschrift Zahlungspflichtiger/gesetzl. Vertreter/ Vertretungsberechtigte

<u>Einwilligungserklärung</u> (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. Ich erteile meine Einwilligung in die elektronische Datenverarbeitung zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten im Patientenserviceportal der PVS Südwest und entbinde auch hierzu den/die Behandler von ihrer Schweigepflicht.
4. 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 erfolgte 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.
Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

_____ *X* _____
Ort, Datum Unterschrift Zahlungspflichtiger/gesetzl. Vertreter/ Vertretungsberechtigte

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

bitte Zutreffendes ankreuzen:

Für Ihre Unterlagen

* hierfür legen Sie uns bitte einen Nachweis vor

Privat	KVB I-III*	KVB I-IV*	Post B*	BG	Standard-Tarif*	Basis-Tarif*	Student*
Name, Vorname							
geb. am							
wohnhaft in							
Telefon							
E-Mail							

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

Behandlungsvertrag über eine mögliche Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen und Regelung eines Ausfallhonorars für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine:

Individuelle Gesundheitsleistung

Ich wünsche ausdrücklich die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen. Es ist mir bekannt, dass meine Krankenversicherung/Beihilfestelle eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist auch bekannt, dass die vereinbarten Leistungen von meiner Krankenversicherung/Beihilfestelle nicht erstattet werden. Als vereinbart gelten lediglich Leistungen, für die ein separater Behandlungsvertrag geschlossen wurde (nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOAE)). Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Kosten für die Erbringung solcher Individueller Gesundheitsleistungen eine privatärztliche Behandlung darstellen und von mir selbst zu tragen sind. Von dieser Vereinbarung wurde mir ein Exemplar ausgehändigt.

Ausfallhonorar

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass vereinbarte Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen sind. Für reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine behalten wir uns vor, nach §615 BGB Ausfallhonorare in Rechnung zu stellen. Die dafür festgelegten Gebühren können Sie in der Praxis jederzeit einsehen. Der Zahlungspflichtige ist darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der gesetzl. oder privaten Krankenversicherung ist und er für diese Gebühr selbst aufkommen muss.
Von dieser Vereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

_____ _____

X

Ort, Datum Unterschrift Zahlungspflichtiger/gesetzl. Vertreter/ Vertretungsberechtigte

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. Ich erteile meine Einwilligung in die elektronische Datenverarbeitung zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten im Patientenserviceportal der PVS Südwest und entbinde auch hierzu den/die Behandler von ihrer Schweigepflicht.
4. 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 erfolgte 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.
Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

_____ _____

X

Ort, Datum Unterschrift Zahlungspflichtiger/gesetzl. Vertreter/ Vertretungsberechtigte

_____

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

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

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM MVZ DR.URSEL GMBH

DR. NORBERT URSEL

Kapuzinerstr. 1a, 76530 Baden-Baden

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 und bietet Ihnen unter anderem umfangreiche Onlineservices rund um Ihre PVS-Rechnung an.
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 sowie über das Patientenserviceportal unter www.pvs-suedwest.ihre-arztrechnung.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. Es besteht das Recht zum Widerruf der Einwilligung.
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!