Anamnese Fragebogen/Honorarvertrag/Datenschutz

LASER MEDIZIN ZENTRUM RHEIN RUHR
Praxis-Klinik am Porscheplatz

Vorname:_____ **Name**:_____

Straße:_____ **PLZ, Ort**:_____

Geburtsdatum:_____ **Telefon**: _____

Handy: _____ **E-Mail:** _____

Hausarzt:_____ **Krankenkasse**:_____

Nur bei Kindern *(Daten des* ***Rechnungsempfängers****)*

Name :_____ Anschrift:_____

Telefon:_____ Krankenkasse:_____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse genau, es sind wichtige Informationen für Ihren Behandler.

	ja	**nein**
1. Ist schon einmal eine dermatologische Lasertherapie durchgeführt worden?	☐	☐
2. Ist eine Neigung zu überschießender Narbenbildung bekannt?	☐	☐
3. Ist eine Neigung zu Herpesinfektionen bekannt?	☐	☐
4. Sind Sie Allergiker (hatten Sie z. B. Heuschnupfen, Nesselsucht, oder vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht?)	☐	☐
5. Hatten Sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden?	☐	☐
6. Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	☐	☐
7. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht?	☐	☐
8. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung (z. B. sog. Bluter) oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin)?	☐	☐
9. Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot)?	☐	☐
10. Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐
11. Sind Sie Raucher?	☐	☐
12. Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher?	☐	☐
13. Sind Sie HIV-infiziert?	☐	☐
14. Sind Sie schwanger?	☐	☐
15. Sind bei Ihnen bereits Formen von Hautkrebs/Hautkrebsvorstufen entdeckt und/oder entfernt worden? Wenn ja, wann und was?_____	☐	☐
16. Leiden Sie an anderen, nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?_____	☐	☐

17. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?_____

☐ **Ich akzeptiere die Bedingungen des umseitig abgedruckten Honorarvertrages, habe die ausgehängte Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bestätige, dass ich den Anamnese Fragebogen sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Auf Wunsch erhalte ich eine Kopie.**

Datum:_____ **Unterschrift:**_____
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift Arzt:_____

Haut & Laser Medizin Zentrum Rhein-Ruhr • Leitende Fachärztin für Dermatologie, Ästhetische und Plastische Chirurgie: Dr. med. Andrea Schulz • Porschekanzel 3-5 • 45127 Essen • Fon: 0201/2 43 77 70 • Fax: 0201/2 43 77 69 • E-Mail: info@lmz.de • www.lmz.de

Anamnese Fragebogen/Honorarvertrag/Datenschutz

Wir weisen darauf hin, dass unsere Leistungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse sind und nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Ob in Einzelfällen eine Kostenübernahme durch Leistungsträger möglich ist, kann nur im persönlichen Gespräch geklärt werden. **Sie als Patient/Behandelter sind in jedem Fall als unser Vertragspartner für die Bezahlung der Rechnung verantwortlich.** Diese orientiert sich an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und wird von uns (Laser Medizin Zentrum Rhein-Ruhr) oder einer PVS (Private Verrechnungsstelle) ausgestellt werden. Sollte eine **feingewebliche Untersuchung z.B. im Rahmen der Entfernung eines Muttermals** erforderlich sein, wird das untersuchende dermatohistopathologische Institut Ihnen eine zusätzliche Rechnung stellen. Diese orientiert sich ebenfalls an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und wird über eine PVS (Private Verrechnungsstelle) ausgestellt werden.

Wir weisen darauf hin, dass wir nicht garantieren können, dass die Beihilfestelle und/oder die Private Krankenversicherung die Behandlungskosten vollständig übernehmen werden. Gerne stellten wir für Sie vor Beginn einer größeren Behandlung einen Kostenvoranschlag als Übernahmeantrag.

Bei einer Rechnungserstellung benötigt das Laser Medizin Zentrum neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen. Alle diese Daten werden vom Laser Medizin Zentrum Rhein Ruhr vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzes unterliegen.

Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf eine ordnungsgemäße und fachgerechte Behandlung besteht, jedoch kein optimales Ergebnis garantiert werden kann.

Bei Nichteinhaltung und nicht rechtzeitiger Absage eines vereinbarten Behandlungstermins wird eine Ausfallentschädigung in Höhe von 30% der geplanten Behandlungskosten fällig. Rechtzeitige Absage bedeutet: nicht später als drei Tage vor dem vereinbarten Termin.

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte teilen Sie nachfolgend mit, ob und ggf. auf welchem Weg wir Sie via Doctolib erinnern dürfen. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus. Weitere Informationen zu Doctolib können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen.

□ SMS/E-Mail **□ ich wünsche keine Erinnerung**

An wen dürfen wir Ihre Daten herausgeben?
Wenn Sie einverstanden sind, dass Personen aus Ihrem nahen Umfeld (Gesundheits-) Informationen (z.B. Eltern, Kinder, Ehe- und Lebenspartner) oder Leistungserbringer des Gesundheitswesens (z.B. Heime, Apotheken etc.) Rezepte, Überweisungen, Verordnungen oder sonstige Standardformulare für Sie abholen dürfen, tragen Sie diese bitte nachfolgend ein:

1. **Name, Vorname, Geburtsdatum/ Name des Leistungserbbringers**

2. **Name, Vorname, Geburtsdatum/ Name des Leistungserbbringers**

3. **Name, Vorname, Geburtsdatum/ Name des Leistungserbbringers**

Sie können diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft, sowohl telefonisch, als auch per Mail oder persönlich widerrufen.

Ich akzeptiere die Bedingungen des Honorarvertrages und bestätige mit umseitiger Unterschrift, dass ich den Aushang der Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe.