

Praxis Dr. Filusch

Markgrafenstr. 2/3
68723 Schwetzingen
Tel: 06202- 26893
Fax: 06202- 26894

Ludwigstr. 9
67346 Speyer
Tel: 06232- 6784832
Fax: 06232- 6779392



Dr. med. A. Filusch

Facharztpraxis für Innere Medizin
Pneumologie, Kardiologie, Notfallmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie bitten, folgende Fragen kurz zu beantworten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon-Nr.: _____ Handy: _____

E-Mail Adresse: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Möchten Sie, dass ein Bericht über Ihre Untersuchung an Ihren Hausarzt geschickt wird?

Ja

Nein

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Name	mg	morgens	mittags	abends	nachts

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt (Lungen- oder Herzerkrankungen, sonstige chronische Erkrankungen)

Besteht eine Infektionskrankheit (wie z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose,..)?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Ex-Raucher seit: _____

Mit welchen (akuten) Beschwerden stellen Sie sich vor?

Einverständniserklärung Röntgendiagnostik

Röntgenaufnahmen liefern wichtige Informationen zu Diagnose und Therapie von Lungenerkrankungen. Die Darstellung der Röntgenbilder erfolgt in digitaler Form. Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Anzahl zu beschränken.

Ist bei Ihnen schon einmal eine Röntgenuntersuchung oder CT der Lunge durchgeführt worden?

Ja

Nein

Wenn ja, wann ? _____

Sind Sie Schwanger?

Ja

Nein

Hiermit bestätige ich meine Angaben und stimme einer (falls notwendig) röntgendiagnostischen Untersuchung zu:

Ort, Datum: _____

Unterschrift:

Praxis Dr. Filusch

Facharztpraxis für Innere Medizin
Pneumologie, Kardiologie, Notfallmedizin

Markgrafenstr. 2/3
68723 Schwetzingen
Tel: 06202- 26893
Fax: 06202- 26894

Ludwigstr. 9
67346 Speyer
Tel: 06232- 6784832
Fax: 06232- 6779392



Patienteninformation zum Datenschutz

Informationen gemäß Artikel 13 u. 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist auch für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschläge. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

2. Empfänger Ihrer Daten

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis - an weitere berechnigte Empfänger.

3. Ihre Rechte

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten
- nicht korrekte Daten berichtigen zu lassen
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift:

Praxis Dr. Filusch

Facharztpraxis für Innere Medizin
Pneumologie, Kardiologie, Notfallmedizin

Markgrafenstr. 2/3
68723 Schwetzingen
Tel: 06202- 26893
Fax: 06202- 26894

Ludwigstr. 9
67346 Speyer
Tel: 06232- 6784832
Fax: 06232- 6779392



Behandlungsvereinbarung über privatärztliche Behandlung

Name, Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum: _____

Kostenträger: _____

Basistarif
(bitte Bescheinigung vorlegen)

Ja

Nein

Landesamt für Besoldung und
Versorgung (**Beihilfe**)

Ja

Nein

sonstiger Kostenträger: _____

Die privatärztlichen Gebühren werden nach der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.
Die Berechnung erfolgt direkt an den Versicherten/Patienten und wird fällig, unabhängig davon, ob
Dritte (in der Regel die Krankenversicherung) die Kosten übernehmen bzw. vollständig erstatten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die von mir o.g. Angaben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: