

Anmeldung für Privatpatienten

Patient: _____ **geb. am:** _____

falls abweichend: Versicherter: _____ **geb. am:** _____

Beruf: _____ **dienstl. Tel.-Nr:** _____

Straße: _____ **private Tel.-Nr:** _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Arbeitgeber: _____

Kostenträger: _____

Hausarzt: _____

Hinweis:

Hiermit weisen wir darauf hin, dass Sie im Falle einer medikamentösen Pupillenerweiterung anschließend für die Dauer von ca 5 Stunden nicht am Straßenverkehr teilnehmen dürfen!

Medizinische Angaben:

- besteht bei Ihnen ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom?) ja ___ nein ___
(falls ja, nehmen Sie Augentropfen/welche?)
- Ist in Ihrer Familie ein erhöhter Augeninnendruck bekannt? ja ___ nein ___
- wurden Sie bereits am Auge operiert? Falls ja, welche Operation? ja ___ nein ___
- Bluthochdruck ja ___ nein ___
(falls ja, nehmen Sie Beta-Blocker?)
- Diabetes ja ___ nein ___
(falls ja, seit wann, nehmen Sie Tabletten oder Insulin?)
- Schilddrüsenerkrankungen ja ___ nein ___
(falls ja, welche Tabletten?)

- Nehmen Sie Blutverdünner/welche?
- Allergien

ja ___ nein ___

ja ___ nein ___

wenn ja, welche?

Sonstige relevante Erkrankungen?

Hiermit versichere ich, dass ich privat versichert bin.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich über die erbrachten Leistungen eine Privatrechnung nach der GOÄ erhalte. Sollten die Kosten für die Untersuchung von meiner Kasse nicht komplett übernommen werden, ist die Differenz vom Versicherten privat zu tragen.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Eine entsprechende Information zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und kann auf Wunsch auch gerne ausgehändigt und zu jeder Zeit widerrufen werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs.2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Datum:

Unterschrift:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73Abs. 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Augenarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei folgenden Leistungserbringern einholt und übermittelt:

- Ärzte, Psychotherapeuten
- Krankenhäuser
- Heil- und Hilfsmittelerbringer
- Apotheken
- häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfen
- Krankenkassen
- Kassenärztliche Vereinigung/Ärztekammer

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

Datum:

Unterschrift Patient: