



## ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, wir freuen uns, Sie in der OCM begrüßen zu dürfen! Vorab bitten wir Sie um Ihre Unterstützung. Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen einmal in DRUCKBUCHSTABEN aus und geben Sie ihn an der Anmeldung ab. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Verschwiegenheit und dem Datenschutz.

### 1. IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Name	Vorname		
Geboren am	Straße		
Geschlecht m/w/d	PLZ/Ort		
E-Mail privat	Telefon privat		
Telefon mobil	Beruf		
Arbeitgeber	Telefon beruflich		
Ich bin telefonisch am besten erreichbar:	<input type="radio"/> 8–13 Uhr	<input type="radio"/> 13–17 Uhr	<input type="radio"/> 17–20 Uhr

### 2. IHRE VERSICHERUNG

- gesetzlich versichert       privat versichert       privat Zusatzversichert stationär  
 Kostenerstattungsverfahren       Selbstzahler

Krankenversicherung	Versichertennummer
Hauptversicherter	geboren am

### 3. NUR BEI PRIVATVERSICHERUNG ODER PRIVATER ZUSATZVERSICHERUNG

Krankenversicherung	Versichertennummer		
<input type="radio"/> Chefarztbehandlung	<input type="radio"/> Belegarztbehandlung	<input type="radio"/> 1-Bett Zimmer	<input type="radio"/> 2-Bett Zimmer
<input type="radio"/> Mehrbettzimmer	<input type="radio"/> Reduzierter Tarif	<input type="radio"/> Beihilfeberechtigt	
Gebührensatz	Beihilfestelle		

#### 4. IHRE GESUNDHEITSGESCHICHTE

Name des Hausarztes \_\_\_\_\_

Welcher Arzt hat Sie zu uns überwiesen? Bitte geben Sie auch Name, Anschrift und Telefonnummer ein.

Hatten Sie einen Arbeits-, Wege- oder Schulunfall?  ja  nein

Falls ja: Name der Berufsgenossenschaft / Branche,  
in der Sie tätig sind: \_\_\_\_\_

Sind Sie pflegebedürftig?  ja  nein Pflegegrad:  1  2  3  4  5

#### 5. AUSKUNFTSBERECHTIGTE PERSON

Gibt es eine Person, die für Sie auskunftsberechtigt ist?

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ geboren am

#### 6. NUR FÜR PRIVATVERSICHERTE

- Mir ist bekannt, dass meine Versicherung bzw. die zuständige Beihilfestelle unter Umständen nicht die volle Rechnungssumme erstattet, auch wenn die Rechnung korrekt nach der GOÄ erstellt worden ist
- Ich verpflichte mich, den nach der GOÄ in Rechnung gestellten Betrag vollständig zu begleichen, unabhängig von der Höhe der Erstattung durch meine Versicherung bzw. die zuständige Beihilfestelle. Die Verpflichtung des Arztes, medizinisch notwendige Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ abzurechnen, bleibt unberührt.

München, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

#### 7. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an Überweiser oder weiterbehandelnde Einrichtungen (z.B. Reha-Klinik) übermittelt zwecks Weiterbehandlung und Dokumentation
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Überweiser oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann
- Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen

Hinweis: Aus datenschutzrechtlichen Gründen darf die OCM medizinische Dokumentationen und/oder Befunde nicht per E-Mail versenden.

München, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

#### 8. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)

Einverständniserklärung zur Nutzung der Patientenakte gem. § 339 Abs. 1 SGB V, §§ 346-348 SGB V.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an die ePA übermittelt zur Nutzung durch mich und die von mir bestimmten Zugriffsberechtigten
- der mich behandelnde Arzt Zugriff auf die in meiner ePA gespeicherten Gesundheitsdaten im Umfang meiner Freigabe erhält und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt
- Es ist mir bekannt, dass ich einen Anspruch auf die Übermittlung von Daten an die ePA und die dortige Speicherung habe
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann
- Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine in der ePA gespeicherten Daten nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen

München, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!