



ANMELDEBOGEN FÜR PRIVATVERSICHERTE

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 aus. 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

Name des Hausarztes

Straße, PLZ, Ort Telefon

Name des überweisenden Arztes

Straße, PLZ, Ort Telefon

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

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

Gibt es eine Person, die für Sie auskunftsberechtigt ist?
Name geboren am

2. IHRE VERSICHERUNG

Hauptversicherter

geboren am

Krankenversicherung

Versichertennummer

- Chefarztbehandlung Belegarztbehandlung 1-Bett Zimmer 2-Bett Zimmer
- Mehrbettzimmer Reduzierter Tarif Beihilfeberechtigt

Gebührensatz

Beihilfestelle

3. KOSTENERSTATTUNG

- 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

4. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- sofern diese nicht bereits in meiner elektronischen Patientenakte enthalten und von mir freigegeben wurden, 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 unverschlüsselt versenden.

München, _____

Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!