

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

E-Mail: _____

Hausarzt / weiterbehandelnde Ärzte: _____

Sind Sie mit der Übermittlung von Befunden an Ihren Hausarzt/weiterbehandelnde Ärzte sowie mit der Speicherung auf der elektronischen Patientenakte (ePA) einverstanden?

☐ Ja

☐ Nein

Bestehen relevante Vorerkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma, COPD)? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Blutverdünner, Schilddrüsenmedikamente, Antihypertonika)? Wenn ja, welche?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt (Medikamente, Nahrungsmittel, Insektengifte)? Wenn ja, welche?

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Rauchen Sie? Was und wie viel? _____

Wie viel Alkohol konsumieren Sie durchschnittlich pro Woche? _____



Hinweis: Weitere Erklärungen und Einwilligungen folgen auf Seite 2.

EINWILLIGUNGEN UND RECHTLICHE HINWEISE

A. Einwilligung zur Einsichtnahme und Übernahme meiner bisherigen Patientenakte

Ich erlaube der Praxisleitung der HNO-Praxis Astrid Simon im Rahmen der Praxisübernahme die Einsicht in meine bisherige Patientenakte. Zudem gestatte ich die Verarbeitung und Speicherung der darin enthaltenen Daten zum Zweck meiner weiteren Behandlung. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (u. a. DSGVO Art. 6, Art. 9, BGB, MBO-Ä). Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

B. Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten in der Praxissoftware

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zur Durchführung der Behandlung sowie zur Abrechnung in der Praxissoftware verarbeitet werden. Die Verarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben; eine gesonderte Einwilligung ist nicht erforderlich. Gesetzliche Empfänger können insbesondere andere behandelnde Ärzte, Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, der Medizinische Dienst, Ärztekammern oder privatärztliche Abrechnungsstellen sein.

C. Einwilligung zur Datenübermittlung an Doctolib (Terminverwaltung)

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) zum Zweck der digitalen Terminverwaltung, Online-Terminbuchung sowie des Versands automatischer Terminerinnerungen an den von der Praxis beauftragten Terminverwaltungsdienstleister übermittelt werden. Derzeit setzt die Praxis die Doctolib GmbH ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ohne Einwilligung erfolgt die Terminerinnerung ausschließlich postalisch durch die Praxis.

Datum: _____ Unterschrift: _____

D. Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Befunde

Ich willige ein, dass relevante medizinische Befunde im Rahmen meiner Behandlung an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

☐ Ja

☐ Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

E. Einverständniserklärung zur Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)

Mir ist bekannt, dass individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung sind und nach GOÄ privat abgerechnet werden. Die entstehenden Kosten trage ich selbst; eine Erstattung durch die Krankenkasse ist nicht gewährleistet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN (IGeL)

Bitte kreuzen Sie gewünschte Zusatzleistungen an. Die aufgeführten Leistungen sind medizinisch sinnvoll, aber keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

☐ **Krebsvorsorge im HNO-Bereich – 30 € pro Untersuchung**

Eine Vorsorgeuntersuchung, die eine gründliche Kontrolle von Ohr, Nase, Nasenrachen, Mundhöhle und Kehlkopf umfasst. Sie dient der Früherkennung möglicher Veränderungen. Hauptrisikofaktoren für Erkrankungen in diesem Bereich können Rauchen, Alkohol, Sodbrennen oder Schadstoffbelastung sein. Auch bestimmte Virusinfektionen (z. B. Humane Papilloma-Viren) können das Risiko erhöhen.

☐ **Grippe-Cocktail – 40 € pro Anwendung**

Eine speziell zusammengestellte Infusion mit antientzündlichen und durchblutungsfördernden Bestandteilen, die Sie während einer Erkältung oder Infektphase unterstützen kann.

☐ **Vitamin-C-Aufbaukur – 35 € pro Anwendung**

Hochdosierte Vitamin-C-Infusionen, die bei vorübergehender Erschöpfung, nach Infekten oder als prophylaktische Unterstützung eingesetzt werden können.

☐ **Eigenblutbehandlung – 20 € pro Anwendung**

Die Therapie erfolgt durch Injektion eigener Blutbestandteile und kann das Immunsystem im Alltag unterstützen. Sie wird häufig bei erhöhter Infektanfälligkeit, Abwehrschwäche oder unterstützend bei chronischen Entzündungen eingesetzt.

☐ **Ohrakupunktur – 44 € für 1. Sitzung, danach 37 € pro Anwendung**

Regulatorische Nadelreize am Ohr können das allgemeine Wohlbefinden fördern und werden unterstützend bei Beschwerden wie Tinnitus, Schwindel, Nackenverspannungen oder leichten Erkältungssymptomen eingesetzt.

☐ **Mikrozirkulationskur – 30 € pro Anwendung**

Eine Infusionstherapie auf Basis homöopathischer oder durchblutungsfördernder Inhaltsstoffe, die vor allem bei Durchblutungsproblemen oder bei leichter Müdigkeit und Erschöpfung als unterstützende Maßnahme eingesetzt werden kann.

WIDERRUFSRECHT

Ich bin darüber informiert, dass ich alle auf diesem Formular erteilten Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Ein Widerruf hat keinen Einfluss auf bereits erfolgte rechtmäßige Verarbeitungen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisinformationen:

HNO-Praxis Astrid Simon

Schloßstr. 4 | 66564 Ottweiler

Telefon: 06824-2934

E-Mail: info@hnopraxis-simon.de

Internet: www.hnopraxis-simon.de

Öffnungszeiten:

Mo, Do: 8:00-12:30 | 14:00-17:00

Di, Mi, Fr: 8:00-13:00

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!