

Anmeldeformular (Bitte füllen Sie alle Seiten **in Druckschrift** aus)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen im **MVZ Dermatologisches Zentrum Bonn**. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen. In Ihrem Interesse dürfen wir Sie um folgende Angaben bitten:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Mobil _____

(soweit wir Sie telefonisch kontaktieren dürfen, bitte ausfüllen)

Geschlecht männlich weiblich divers

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Ausübter Beruf _____

E-Mail _____

(soweit wir Sie per E-Mail kontaktieren dürfen, bitte ausfüllen)

Krankenversicherungsstatus gesetzlich versichert privat versichert

Name der Krankenversicherung _____

Besondere Versicherungen (*Versicherungsnachweis wird benötigt):

*Normaltarif Post B KVB I-III Beihilfe *Basistarif *Studententarif

Selbstzahler

Name/Kontakt Daten Ihres Hausarztes _____

Bitte ankreuzen:

Im Rahmen meiner Behandlung erkläre ich mich damit einverstanden, dass...

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	...mein/e behandelnde/r Facharzt/-ärztin die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und/oder bei anderen Leistungserbringern , bei denen ich in Behandlung bin, einholen darf. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Dermatologe darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	...mein/e behandelnde/r Hausarzt/-ärztin Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die im Rahmen meiner Behandlung im MVZ Dermatologisches Zentrum Bonn erstellt wurden. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	...ich eine Erinnerung an Termine bzw. Terminänderungen (einschl. Absagen) über die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) an meine oben genannten Kontaktdaten (E-Mail und/oder SMS) erhalte. Durch Ihre Zustimmung ermöglichen Sie uns, dass wir ihnen eine zeitnahe mögliche Terminänderung (einschl. Absagen) mitteilen können. Ihre Daten werden hierbei ausschließlich für diesen Zweck von uns verwendet.

Bitte ankreuzen:

Im Rahmen meiner Behandlung und zukünftiger Folgebehandlungen kann eine Laboranalyse meiner medizinischen Proben notwendig werden:

- MVZ Corius DermaPath Bonn GmbH** (Triererstr. 70-72, 53115 Bonn)
Für Hautproben
- Labor Dr. Quade & Kollegen GmbH** (Aachener Strasse 338, 50933 Köln)
Für Blutproben
- Ich stimme der Weiterleitung meiner medizinischen Proben an **alle** Labore zu.

Für Organisation der Termine im Rahmen der medizinischen Versorgung wird die **Doctolib GmbH** (Mehringdamm 41, 10961 Berlin) im Auftrag des **MVZ Dermatologisches Zentrum Bonn** die von mir freiwillig überreichten Informationen und Kontaktdaten, bzw. Patientenstammdaten verarbeitet und dazu verwendet ein für mich kostenloses Patienten Benutzerkonto auf der Internet-Plattform <https://www.doctolib.de/> zu erstellen. Meine Daten werden hierbei ausschließlich zum Zweck der Organisation des Patiententermins verwendet.

Mir ist bekannt, das meine – für die medizinische Behandlung notwendigen Daten – auch in Ausnahmesituationen von dem medizinischen Personal des Standorts Friedrich-Breuer-Straße 74, 53225 Bonn eingesehen werden können.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit vollständig oder zu Teilen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich in der Praxis oder an die oben genannte Adresse, ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinischen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt.

Rechnungsdaten werden an die **Corius Deutschland GmbH** (Karlstr. 60, 80333 München) zur Buchhaltung, Controlling und der Wirtschaftlichkeitsauswertung weitergeleitet. Mit dem Unternehmen besteht ein entsprechendes Vertragsverhältnis und eine datenschutzrechtliche Regelung nach Art. 28. DSGVO. Ebenso können Ihre personenbezogenen Daten im Zuge einer Wirtschaftsprüfung oder an unsere Steuerberatung (gemäß §11 Abs. 2 StBerG und §3 StBerG) weitergegeben werden.

Einverständniserklärung des/der Patienten/in und Zahlungspflichten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich ebenfalls, die Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage, sofern eine Leistung (so genannte Igel- oder Privatabrechnungsleistung) in Anspruch genommen wurde, die von meiner Krankenkasse nicht übernommen wird und meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an die Firma **mediserv Bank GmbH** (Am Halberg 6, 66121 Saarbrücken), sowie **PVS rhein-ruhr GmbH** (Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim an der Ruhr) weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Abrechnungsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z. B. Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO liegen im **MVZ Dermatologisches Zentrum Bonn** aus.

- Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO zur Kenntnis genommen.

X

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters/in bei z.B. minderjährigen Patienten/Patientinnen (in Druckbuchstaben)

- Hiermit bestätige ich gegenüber dem **MVZ Dermatologisches Zentrum Bonn**, dass der gesetzliche Vertreter mindestens 18 Jahre alt ist und ein gültiges Ausweisdokument für die Altersprüfung besitzt.