

MVZ Dermatologisches Zentrum Bonn GmbH, Friedensplatz 16, 53111 Bonn

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen im Dermatologischen Zentrum Bonn Friedensplatz. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen. In Ihrem Interesse dürfen wir Sie um die folgenden Angaben bitten:

Vorname und Name

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße

Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse (soweit wir Sie für Rückfragen kontaktieren dürfen, bitte ausfüllen)

Telefonnummer (soweit wir Sie für Rückfragen kontaktieren dürfen, bitte ausfüllen)

Name und Kontaktdaten Ihres Hausarztes

Krankenversicherungsstatus (Zutreffendes bitte ankreuzen):

gesetzlich versichert privat versichert (Name der Krankenversicherung):

----- + Beihilfe

Ausgeübter Beruf

Bitte mit der Rückseite fortfahren →

Im Rahmen meiner Behandlung erkläre mich damit einverstanden, dass

mein **behandelnder Dermatologe** die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei **meinem Hausarzt und / oder bei anderen Leistungserbringern**, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Dermatologe darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Ja

Nein

mein **behandelnder Hausarzt** Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die im Rahmen meiner Behandlung im **Dermatologischen 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 Behandlung verwenden.

Ja

Nein

ich eine **Erinnerung an Termine bzw. Terminänderungen (einschl. Absagen) über die Doctolib GmbH** (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) an meine oben genannten Kontaktdaten (eMail 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.**

Ja

Nein

Im Rahmen meiner Behandlung dürfen meine **Haut- bzw. Blutproben** an

Entnahme Hautprobe: MVZ Corius DermaPath.Bonn GmbH (Triererstr. 70-72, 53115 Bonn)

Entnahme Blutprobe: Labor Dr. Quade & Kollegen GmbH (Aachener Strasse 338, 50933 Köln)

übermittelt werden. Bitte ankreuzen.

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

Für Organisation der Termine im Rahmen der medizinischen Versorgung wird die **Doctolib GmbH** (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) im Auftrag des Dermatologischen 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 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 Standortes 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.

Einverständniserklärung des/der Patienten/in und Zahlungspflichten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätigte 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 **Igel- oder Privatabrechnungsleistung** in Anspruch genommen 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.

Wir erlauben uns, Ihnen die Kosten für nicht abgesagte Behandlungen zu berechnen!

Eventuelle Rechnungen mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen werden an die **Corius Deutschland GmbH** (Alzeyer Straße 23, 556457 Gensingen) zur Buchhaltung weitergeleitet.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich bin über die Verarbeitung meiner Daten in der Arztpraxis gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO informiert worden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten/der Patientin
bzw. seines/ihrer gesetzlichen Vertreters)