

Patientenformular

Persönliche Daten	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> divers
_____	_____	_____	_____
ggf. Titel, Nachname, Vorname	Geb.-Datum	Alter	
_____	_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort		
_____	_____	_____	_____
Telefon/Mobiltelefon	E-Mail-Adresse		
_____	_____	_____	_____
Krankenversicherung/Kostenträger	<input type="radio"/> Dieses Formular wird im Namen des Patienten von einem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet. Bitte das Formular Patientenbegleiter beachten.		

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die Terminvereinbarung und Durchführung einer Untersuchung oder Behandlung verarbeitet die behandelnde Einrichtung Ihre personenbezogenen Daten. Zur Sicherung einer hohen diagnostischen Qualität nutzt die behandelnde Einrichtung die Dienstleistungen und Infrastruktur von medneo (medneo Deutschland GmbH, Hausvogteiplatz 12, 10117 Berlin). medneo betreibt Technologieplattformen für bildgebende Diagnostik, in denen medizinische Leistungserbringer einen flexiblen Zugang zu moderner Infrastruktur erhalten. Zu den Dienstleistungen von medneo gehören die Bereitstellung der diagnostischen Geräte und der Infrastruktur, des nicht ärztlichen Personals sowie weitere Dienstleistungen. medneo verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten in Bezug auf die Untersuchung und Behandlung im Auftrag der behandelnden Einrichtung sowie zur Erfüllung der Anforderungen des Strahlenschutzrechts betreffend ionisierender und nicht-ionisierender Strahlung. Darüber hinaus kann medneo für Sie zusätzliche Leistungen erbringen, sofern Sie eine entsprechende Einwilligung in die Datenverarbeitung durch medneo erklärt haben. Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden von Ärzten der behandelnden Einrichtung erbracht. Ihre personenbezogenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Im beiliegenden Beiblatt erhalten Sie weitere Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Datenschutzrechten.

Eine konsiliarische Zweitmeinung durch externe Ärzte kann eingeholt werden, wenn Sie die untenstehende Einwilligung gegenüber der behandelnden Einrichtung erklären

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gegenüber der behandelnden Einrichtung

Hiermit willige ich gegenüber der behandelnden Einrichtung ein, dass meine Kontaktdaten sowie Versicherungs- und Gesundheitsdaten (Informationen zum Gesundheitszustand sowie Informationen der Untersuchungsdurchführung und Behandlung) an die im Beiblatt genannten Ärzte, mit denen die behandelnde Einrichtung zur Einholung einer qualitätssichernden konsiliarischen Zweitmeinung zusammenarbeitet, weitergeleitet werden dürfen. Bei den Gesundheitsdaten handelt es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten, bei denen besonders hohe Schutzanforderungen an die Verarbeitung gestellt werden.

Ich erkläre diese Einwilligung freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Verweigerung der Einwilligung oder Widerruf haben keine negativen Auswirkungen auf meine Behandlung. Die Einholung einer Zweitmeinung ist dann jedoch nicht möglich.

_____	X
Ort, Datum	Unterschrift Patient*

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für die Erbringung weiterer Leistungen durch medneo

Hiermit willige ich ein, dass meine Kontakt-, Versicherungs-, Gesundheits- sowie Untersuchungs- und Behandlungsdaten von medneo zur Erbringung weiterer unentgeltlicher Leistungen für mich verarbeitet werden dürfen, insbesondere zur Speicherung meiner Untersuchungsdaten für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren, damit ich diese zu einem späteren Zeitpunkt abrufen oder diese auf meinen Wunsch an eine andere Gesundheitseinrichtung weiterleiten kann oder damit ich weitere Untersuchungen in einem medneo Diagnostikzentrum terminieren kann. Weitere Informationen über die Datenverarbeitung finden sich im Beiblatt. Bei den Gesundheitsdaten handelt es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten, bei denen besonders hohe Schutzanforderungen an die Verarbeitung gestellt werden.

Ich erkläre diese Einwilligung freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung der Untersuchungsdaten in anonymisierter Form durch medneo

Hiermit willige ich gegenüber medneo ein, dass meine Gesundheits- sowie Untersuchungs- und Behandlungsdaten ausschließlich in anonymisierter Form zur Produktentwicklung und -verbesserung, zu Schulungszwecken und zur Durchführung wissenschaftlicher Studien durch medneo und durch Kooperationspartner (z.B. Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen) verwendet werden dürfen. Weitere Informationen über die Datenverarbeitung finden sich im Beiblatt. Bei den Gesundheitsdaten handelt es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten, bei denen besonders hohe Schutzanforderungen an die Verarbeitung gestellt werden.

Ich erkläre diese Einwilligung freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*

Befundversendung

Die Bereitstellung des Befundes der Untersuchung und ggf. der Bilddaten erfolgt automatisch an Ihren behandelnden Arzt. Weiterbehandlungstermin (Datum) bei ihrem behandelnden Arzt (falls vorhanden):

Ich wünsche zusätzlich die Versendung des Befundes an meine zuvor genannte persönliche E-Mail-Adresse.

Falls die Versendung des Befundes zusätzlich an eine andere Einrichtung (Krankenhaus, Praxis etc.) erfolgen soll, geben Sie bitte vollständig Name der Einrichtung, Adresse und Faxnummer an, sonst kann die Weiterleitung nicht erfolgen:

Name der Einrichtung

Straße, Nr.

Faxnummer

PLZ, Ort

Cardiomed24

Prof. Dr. med. Burkhard Sievers FESC, FACC, FSCMR • Facharzt für Innere Medizin,
Kardiologie und Angiologie

Dr. med. Heinz-Wilhelm Esser • Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und Kardiologie

Untersuchungsdurchführung im medneo Diagnostikzentrum

Terminierung online über www.cardiomed24.de (Doctolib), E-Mail: info@cardiomed24.de oder Tel: +49 2132 6859680 Fax: +49 2132 6857794



Versicherung und Tarif (nur für Privatpatienten)

Zur Sicherstellung einer reibungslosen Abrechnung kreuzen Sie bitte den Tarif Ihrer Versicherung an und legen ggf. einen entsprechenden Nachweis vor.

- _____ Normaltarif Beihilfe _____ %
Versicherung
- Notlagentarif 1,8 / 1,38 Sozialtarif (Basistarif) 1,2/1,0 Privat studentisch 1,7/1,3
(Versicherungsnachweis erforderlich) (Versicherungsnachweis erforderlich) (Versicherungsnachweis erforderlich)
- KVB I-III (Bundesbahnbeamten) 2,2/1,8 PostBeaKK B 1,9/1,5 Anderer Sondertarif
(Versicherungsnachweis erforderlich)

Behandlungsvertrag (nur für Privatpatienten oder Selbstzahler)

Ich bestätige hiermit, dass ich eine privatärztliche Untersuchung durch Ärzte der behandelnden Einrichtung in Anspruch nehmen möchte. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass meine Untersuchung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu einem Höchstsatz von 3,5fach bei medizinisch ärztlichen Leistungen und 2,5fach bei medizinisch-technischen Leistungen entsprechend des Aufwandes und Schwierigkeitsgrades abgerechnet werden kann, sofern keine gesonderte Vereinbarung geschlossen wurde. Mir ist bekannt, dass ich als Vertragspartner der behandelnden Einrichtung alleiniger Schuldner der in Rechnung gestellten Gebühren nach der GOÄ bin.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*

Information zur Abrechnung

Einwilligungserklärung für Abrechnungsdienstleistungen durch MedCom (Text bereitgestellt von MedCom)

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*

Cardiomed24

Prof. Dr. med. Burkhard Sievers FESC, FACC, FSCMR • Facharzt für Innere Medizin,
Kardiologie und Angiologie

Dr. med. Heinz-Wilhelm Esser • Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und Kardiologie

Untersuchungsdurchführung im medneo Diagnostikzentrum

Terminierung online über www.cardiomed24.de (Doctolib), E-Mail: info@cardiomed24.de oder Tel: +49 2132 6859680 Fax: +49 2132 6857794



Kopie Ihrer ausgefüllten Dokumente

Sie haben Anspruch auf eine Kopie Ihrer ausgefüllten Dokumente (gem. § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

- Ich verzichte auf eine Kopie dieser ausgefüllten Dokumente.
 Ich möchte eine Kopie dieser ausgefüllten Dokumente und hole diese nach der Untersuchung am Empfang ab.

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient*

Rechnungsempfänger

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie **nicht** der Zahlungspflichtige/Rechnungsempfänger sind.

Name, Vorname bzw. Firma

Telefon/Mobiltelefon

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

* Für den Patienten kann eine unterschiftsberechtigte Begleitperson wie z.B. ein Sorgeberechtigter, Vormund oder Bevollmächtigter unterzeichnen.

** Unterschreibt ein Sorgeberechtigter (z. B. Elternteil) alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen sorgeberechtigten Teil handelt.