

Patientenaufnahme (patient admission) – private Versicherungen

Name Vorname
(surname) (given name)

geboren am Größe cm Gewicht kg
(date of birth) (height) (weight)

wohnhaft
(place of living) Straße, Hausnummer (street, number) PLZ, Ort (place)

Tel. privat Tel. gesch.
(phone number home) (phone number business)

Handy E-Mail
(mobile number)

Krankenkasse Einw. Arzt

Beruf Personenbeförderung: ☐ Ja ☐ Nein
(profession)

Uhrzeit, zu der Sie zu Bett gehen Uhr Grund der Untersuchung
(time you go to bed) (examination reason)

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen) (previous illnesses)

☐	Depression/ Angststörung (depression)
☐	Bluthochdruck (arterial hypertension)
☐	Übergewicht (obesity)
☐	Diabetes mellitus
☐	COPD/ Asthma bronchiale

☐	Herzrhythmusstörungen (cardiac arrhythmia)
☐	Vorhofflimmern (atrial fibrillation)
☐	Koronare Herzerkrankung (coronary heart disease)
☐	Zustand nach Herzinfarkt
☐	Herzschrittmacher/ Defi

☐	Zustand nach Schlaganfall
☐	Restless-Legs-Syndrom
☐	Epilepsie
☐	Morbus Parkinson
☐	

Wurde bei Ihnen im letzten Jahr ein auffälliger Infektionserreger (z.B. HIV, Hepatitis C, MRSA) nachgewiesen? ☐ Nein ☐ Ja, welcher:

Medikamente (medication)
.....

Allergien (allergies)

Hilfsmittel: ☐ keine ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Pflegestufe

Zahlungsformalitäten:

Die ärztlichen Leistungen werden nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) gemäß den Paragraphen 1 bis 12 (ausgenommen §2 GOÄ = abweichende Vereinbarungen / Abdingung) in Rechnung gestellt. Die GOÄ beinhaltet den §6 = analoge Berechnung sowie den §5 = Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen. Eine Abdingungsvereinbarung, die über den 3,5fachen GOÄ- Satz hinausgeht, wird von uns nicht in Ansatz gebracht. Der Verzicht auf eine Abtretungserklärung im Hinblick auf eventuelle Krankenversicherer wird hiermit vereinbart. Ich verpflichte mich, das nach GOÄ berechnete Honorar, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung/ oder Beihilfe- vollständig zu bezahlen, da Einschränkungen in Versicherungsverträgen für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind. Die Möglichkeit der Einsichtnahme der GOÄ bestand und ich bin mit diesen Konditionen einverstanden. Die Vereinbarung gilt bis auf Widerruf.

Die Patienteninformation zu den Zahlungsformalitäten sowie zum Datenschutz auf der Rückseite dieses Blattes habe ich zu Kenntnis genommen.

Datum (date) Unterschrift (signature)



Zertifizierte
Fachklinik für
Schlafmedizin

ProSomno Klinik für Schlafmedizin
ProSomno GmbH
Weinstr. 4
80333 München

Geschäftsführer / Ärztlicher Leiter
Dr. med. Sebastian Herberger
Handelsregister München HRB 126134
StNr. 143/197/30312

Apotheker- und Ärztebank
München
IBAN: DE06 3006 0601 0004 7292 85
Swift-Code (BIC): DAAEDEDXXX

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher	Datenschutzbeauftragte
ProSomno GmbH Dr. med. Sebastian Herberger 089-21665544 service@prosomno.de	ProSomno GmbH Veronika Keindl 089-21665544 datenschutz@prosomno.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Postfach 606, 91511 Ansbach, Deutschland, 0981-531300, poststelle@lda.bayern.de

6. Rechtliche Grundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.



Zertifizierte
Fachklinik für
Schlafmedizin

ProSomno Klinik für Schlafmedizin
ProSomno GmbH
Weinstr. 4
80333 München

Geschäftsführer / Ärztlicher Leiter
Dr. med. Sebastian Herberger
Handelsregister München HRB 126134
StNr. 143/197/30312

Apotheker- und Ärztebank
München
IBAN: DE06 3006 0601 0004 7292 85
Swift-Code (BIC): DAAEDEDXXX