



Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Sie dienen ausschließlich zu Ihrer besseren Betreuung und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Rückseite dieses Bogens.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Telefon(priv.)
E-Mail	Handy	Beruf
Hausarzt	Anschrift des Hausarztes	Krankenkasse

Bei Privatkassen bitte angeben, ob Beihilfe oder Student. Die Abrechnung für Privatpatienten und individuelle Gesundheitsleistungen erfolgt über die Privatärztliche Verrechnungsstelle PVS berlin-brandenburg-hamburg.

Rechnungsempfänger/in/Hauptversicherte/r _____
(Name und Adresse)

Sind Sie wegen eines Arbeits- oder Wege-Unfalls bei uns in Behandlung? Ja Nein

Eine wichtige Bitte: Wenn Sie heute aufgrund eines Arbeits- oder Arbeitswegeunfalls unsere Behandlung in Anspruch nehmen, lassen Sie sich bitte an der Anmeldung ein weiteres Formular aushändigen.

Gab es Operationen? Wenn ja, welche? Ja Nein Welche?

Sind Sie Diabetiker (Zuckerkrank)? Ja Nein

Sind ansteckende Erkrankungen bekannt? (Hepatitis, HIV)? Ja Nein Welche?

Haben Sie andere Vorerkrankungen? Ja Nein Welche?

Haben Sie Allergien? (Ggf. bitte Allergiepass vorlegen) Ja Nein Welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. Marcumar/ Xarelto)? Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Welche?

Treiben Sie Sport? Ja Nein Sportart?

Datum _____ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten _____

Bitte wenden!

**„ Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt
anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen“**

Eid des Hippokrates, Ärztliche Schweigepflicht, ca. 400v. Chr.

Information zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der „Datenschutz“ bezeichnet den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten
(Name, Adresse, Telefon, Arbeitgeber, Beruf etc.) vor einem Missbrauch durch unbefugte Dritte.

Die Praxis Dr. Buchholz & Partner versichert Ihnen, die aufgenommenen Patientendaten nach den Grundlagen und
Rechtsvorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie unter der Anleitung der Datenschutzbeauftragten
zu verwalten und vor dem Zugriff unbefugter Dritter zu schützen.

Bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse die folgenden Punkte:

- Bitte teilen Sie uns schriftlich mit, wenn Sie uns ganz oder teilweise gegenüber Dritten
(z.B. Versicherungen, Behörden, Familienangehörigen) von der Schweigepflicht entbinden möchten.
- Sie haben jederzeit das Recht die Einverständniserklärung zu widerrufen.

Zusätzlich benötigen wir Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen
Daten an die ggf. mit behandelnden Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (externes Labor
Frohreich, Röntgen, CT, Gewebeproben, zuständige Berufsgenossenschaften) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz erhalten Sie an der Anmeldung.

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der
ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.
Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren
Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur
bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür
notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen
zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht
und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen,
zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur
endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit
Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks
Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen
Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach
der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt.
Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser
Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen
hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte
Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies
aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS
mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch
hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

**Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit
den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.**