



Dr. med. univ. Markus Moser

Kardiologische Privatpraxis

Werte(r) Patient/in

Um einen möglichst umfassenden Eindruck Ihrer Gesundheit zu bekommen, bitte ich Sie darum, mir vorab einige Fragen über sich zu beantworten. Die Ergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Wünschen Sie, dass wir Arztbriefe bzw. Befundberichte per Mail an Sie versenden?

Bitte bedenken Sie das damit verbundene Datenschutz-Risiko!

Ja **Nein**

Versicherung:

Privat Selbstzahler

Körpermaße:

Körpergröße: cm Gewicht: kg

BMI: Gewicht im Alter von 20-30 Jahren: Kg

Allergien:

Ja **Nein**

Wenn „Ja“, welche:

Aktuelle Beschwerden:

Was ist der Grund für die aktuelle Konsultation?

Gesundheitsfragen:

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt und wenn ja, seit wann?

Ja Nein

- Bluthochdruck**
Wie hoch sind Ihre gemessenen Blutdruckwerte:
- Angina pectoris/Brustenge **Erkrankungen der Herzkranzgefäße**
- Herzinfarkt/ Stents**
- Andere Herzerkrankungen/Herzklappenfehler**
- Diabetes mellitus**
- Fettstoffwechselstörung/**erhöhte Cholesterinwerte**
- Schlaganfall**
- Durchblutungsstörung der Beine
- Lungenerkrankungen/Asthma bronchiale, chronische Bronchitis**
- Thrombose/**Lungenembolie**
- Magen-/Darmerkrankungen
- Bluterkrankungen/**Gerinnungsstörungen**
- Krebserkrankungen**
- Psychische Erkrankungen/Depressionen/Angsterkrankungen
- Schlafstörung** (Einschlafstörungen oder Durchschlafstörungen)
- Nächtliche Atemaussetzer (Schlafapnoe)
- Operationen/Unfälle, wenn ja, welche?

- Sonstige Erkrankungen

Für Männer: Leiden Sie an einer Potenzstörungen oder Libidoverlust?

- Nie Manchmal Häufig Immer

Für Frauen: Wann war die letzte Menstruation? Ist diese regelmäßig

Familiäre Krankheitsgeschichte:

Sind bei Verwandten 1. Grades folgende Erkrankungen vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten?

Ja Nein

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt, KHK, Stent- Implantation, Bypass
- Schlaganfall
- Fettstoffwechselstörungen, erhöhtes Cholesterin
- Diabetes mellitus
- plötzlicher Herztod
- Demenzerkrankung
-

Lebensstil:

Rauchen Sie?

- Ja** **Nein** Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: Seit wann:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Ja** **Nein** Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: Seit wann:

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Ja** **Nein** mehr als 150 min/Woche weniger als 150 min/Woche

Welche Sportarten betreiben Sie?

Haben Sie Hobbies?

Sozialleben:

Sind Sie in einer festen Partnerschaft?

- Ja** **Nein** **verheiratet**

Haben Sie Kinder?

- Ja** **Nein** Wenn ja - Wie viele, Geschlecht, Alter:

Ist Ihr Partner übergewichtig?

- Ja** **Nein**
-

Beruf:

Sonstiges:

Wann war Ihr letztes EKG/**Belastungs-EKG**?

Wann war Ihre letzte **Langzeit Blutdruckmessung**?

Wurde bei Ihnen schon eine **Herzkatheteruntersuchung** durchgeführt?

Medikation:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

| Medikament | Morgens | Mittags | abends |
|------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Möchten Sie mir drüber hinaus etwas mitteilen?

Vielen Dank!

Herzlichst Ihr Dr. med. univ. Markus Moser



Dr. med. univ. Markus Moser

Kardiologische Privatpraxis

Behandlungsvertrag

und

Frau/Herrn

.....

Name/Vorname Geb.-Datum

Tel.-Nr. Privat..... Geschäft..... Mobil.....

Wohnhaft

.....

Strasse, Haus-Nr. PLZ Wohnort

Ich wünsche eine Untersuchung und Behandlung als Privatpatient(in).

Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und/oder therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden wollen. Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien, wie auch die von mir selbst angeforderten und durchgeführten Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich Gesundheitsoptimierung und Prävention von mir in voller Höhe übernommen.

Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt wie üblich für Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte gemäß §5 Abs. 1-5 GOÄ sowie §6 Abs. 2 bis zum 2,3-fachen Satz. Sie können aber je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Es ist mir bewusst, dass es sich bei der kardiologischen Privatpraxis um eine reine Terminpraxis handelt. Es wird exklusiv Zeit für mich eingeplant. Ich verpflichte mich daher, vereinbarte Termine einzuhalten und bei Verhinderungen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unterlasse ich dies und kann der Termin sodann kurzfristig nicht anderweitig vergeben werden, behält sich die Praxis das Recht vor ein Ausfallshonorar in der Höhe der geplanten Untersuchung einzufordern.

Der Ausgleich des Honorars ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung/Beihilfestelle.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r) Unterschrift des Praxisinhabers

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

Dr. med. univ. Markus Moser, Friedrichstrasse 115, 10117 Berlin

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, Therapievorschläge 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, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche 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 berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Ich arbeite mit einer deutschen Arztsoftware (Red medical), die Ihre Daten cloudbasiert und End-zu-End verschlüsselt in einem deutschen Rechenzentrum speichert. RED Medical verschlüsselt alle personenbezogenen Daten unter Verwendung des kryptographischen Standardverfahren AES-256 direkt auf dem Endgerät des Benutzers, unter Verwendung eines Schlüssels, den ausschließlich die Benutzer kennen. So verschlüsselt werden die Daten ins Rechenzentrum transportiert und dort in der Datenbank gespeichert. Im Rechenzentrum haben die System- und Datenbankadministratoren von RED Medical keine Möglichkeit, die Daten zu entschlüsseln, weil der dazu notwendige Schlüssel dort nicht vorhanden 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 Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 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.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Datum

Unterschrift Patient/in

Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die PVS HAG GmbH (kurz: PVS HAG) und die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz: PVS BW), beide Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, sowie mit der Abtretung der Forderung an die PVS HAG zum Zweck des Einzuges einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS HAG die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen durch die PVS BW in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsabgrenzung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS HAG Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt, der PVS HAG oder der PVS BW schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt, der PVS HAG und der PVS BW mehr statt.

Name, Vorname

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Vertretungsberechtigte*
(*Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil
allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des
anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminmanagementsystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Terminmanagementsoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in das Doctolib Terminmanagementsystem eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns ist Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Doctolib wird dann als unser Auftragsverarbeiter tätig (Art. 28 DSGVO). Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäß den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Um Terminausfälle zu vermindern, werden Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, wenn Sie Ihren Termin online gebucht haben. Wenn Sie keine solchen Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

Ja, ich möchte Recalls erhalten.

Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Name: _____

Datum : _____

Unterschrift: _____