



Dr. med. univ. Markus Moser

Kardiologische Privatpraxis

Behandlungsvertrag & Datenschutzhinweis

Name, Vorname des Patienten: _____

Adresse: _____

Behandlungsvertrag: Ich wünsche eine Untersuchung und Behandlung als Privatpatient/in. Mir ist bewusst, dass Leistungen teilweise über das Maß der notwendigen Medizin hinausgehen können. Diese Kosten übernehme ich in voller Höhe. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ (§5 Abs.1-5 und §6 Abs.2). Bei erhöhtem Aufwand kann bis zum 3,5-fachen Satz abgerechnet werden (mit Begründung). Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Std. vorher abzusagen, andernfalls kann ein Ausfallhonorar berechnet werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Datenschutz & Einwilligungen (DSGVO): Ihre Daten werden gemäß DSGVO verarbeitet und verschlüsselt gespeichert.

- Praxissoftware Red Medical: Cloudbasiert, Ende-zu-Ende-Verschlüsselung (AES-256) in deutschen Rechenzentren redmedical.de
- Dokumentationssoftware Eudaria: Transkription und DSGVO-konforme Speicherung nach Prüfung – eudaria.de
- Terminverwaltung Doctolib: Online-Terminbuchung und Erinnerungsservice - Doctolib.de
- Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerspruch.
- Vollständige Infos hängen in der Praxis aus oder sind online verfügbar.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Einwilligungen:

Doctolib:

Terminerinnerungen per SMS/E-Mail erhalten

Teilnahme am Recall-System (Kontrolluntersuchungen)

Wichtig!

Abrechnung über PVS HAG/BW: Ich bin mit der Weitergabe erforderlicher Abrechnungsdaten an die PVS HAG/BW und der Forderungsabtretung einverstanden, ansonsten Zahlung per Karte vor Ort.

Die Abrechnung erfolgt über die PVS HAG/BW zur administrativen Entlastung der Praxis und zur Sicherstellung einer korrekten, effizienten Abwicklung der privatärztlichen Leistungen nach GOÄ. Dies ermöglicht es, personelle und zeitliche Ressourcen vorrangig auf die medizinische Versorgung zu konzentrieren.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____



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?

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?

Ja **Nein** Hatten Sie folgende Schwangerschaftsbezogenen Erkrankungen?

- Schwangerschaftshypertonie
 - (Prä)Eklampsie
 - Schwangerschaftsdiabetes
-

Familiäre Krankheitsgeschichte:

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

Ja **Nein**

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

Nehmen Sie Drogen?

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

Treiben Sie regelmäßig Sport?

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

Wie würden Sie Ihre Ernährungsweise beschreiben?

- ausgewogen / mediterran gemischt (ohne besondere Beachtung)
- eher unregelmäßig / häufig Fertigprodukte vegetarisch / vegan

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 5 Jahren verändert?

- Nein** **Ja**, zugenommen: _____ kg **Ja**, abgenommen: _____ kg

Achten Sie bewusst auf Ihre Ernährung (z. B. Fett, Zucker, Salz)?

- Ja** **teilweise** **Nein**

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:

Belastung im Alltag:

Leiden Sie aktuell unter erhöhter innerer Unruhe oder Anspannung? **Ja** **Nein**

Fühlen Sie sich aktuell häufig gestresst oder unter Druck? **Nie** **Manchmal** **Häufig**

Wie stark empfinden Sie Ihre berufliche Belastung? **Gering** **Mittel** **Hoch**

Fühlen Sie sich niedergeschlagen oder grübeln Sie häufig? **Nie** **Manchmal** **Häufig**

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Beschwerden mit Stress oder Belastung zusammenhängen?

Medikation: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ relevanten Supplements ein?

Medikament	Morgens	Mittags	abends

Möchten Sie mir drüber hinaus etwas mitteilen?

Vielen Dank!

Herzlichst Ihr Dr. med. univ. Markus Moser