



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 bekannt, dass im Rahmen der Behandlung auch Leistungen erbracht werden können, deren Kosten von meiner privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle möglicherweise nicht oder nicht vollständig erstattet werden. Unabhängig von einer Erstattung durch Dritte bin ich zur Begleichung der Rechnung verpflichtet. 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): Personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der DSGVO, verarbeitet. Soweit für die Durchführung der Behandlung erforderlich, setzen wir hierfür auch spezialisierte Dienstleister und Softwarelösungen ein.

- Praxissoftware Red Medical: Praxissoftware und elektronische Verarbeitung medizinischer Daten.
- Dokumentationssoftware Eudaria: Transkription und DSGVO-konforme Speicherung nach Prüfung.
- Doctolib: Terminverwaltung, Patientenkommunikation und sicherer digitaler Dokumentenaustausch.

Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten, die eingesetzten Dienstleister, Rechtsgrundlagen, Speicherdauer sowie Ihre Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch finden Sie in unseren vollständigen Datenschutzhinweisen, die in der Praxis zur Verfügung stehen bzw. online abrufbar sind.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Einwilligungen:

Doctolib: zusätzliche Kommunikationsservices

☒ 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?

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?

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

☐ ☐ 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

Mein 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