Praxis Dr. Raabe

# Ausfüllhilfe

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

die auf dieser Seite gemachten Angaben werden automatisch in die **identischen Felder aller Formulare** in diesem PDF-Dokument übernommen.

Wir bitten Sie, alle Informationen und Formulare sorgfältig zu lesen und, sofern notwendig, weitere Angaben auf den jeweiligen Seiten vorzunehmen.

Vor- & Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsstatus: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ort, Datum: _____

Praxis Dr. Raabe

# Patienteninformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

nachfolgend finden Sie einige wichtige Informationen zur Praxisorganisation:

Einige Formulare müssen zu Beginn **sorgfältig und vollständig** ausgefüllt werden, da sonst keine Behandlung erfolgen kann und unnötige Rückfragen entstehen:

- **Anamnesebogen**
- **Einverständniserklärung zu den Behandlungskosten** (IGEL) und Privatpatienten
- **Befunde** (Labor, Röntgen etc.) und Arztberichte der letzten 5 Jahre
- **Ausfallgebühr**
- **Patienteneinwilligung Datenschutz**

Bei vertragsärztlichen Leistungen ("Kassenleistung") ist das Notwendige und Ausreichende vorgesehen. Auch bei Privatversicherten werden nicht unbedingt alle Leistungen in vollem Umfang erstattet bzw. sind nicht in der Gebührenordnung (GOÄ) enthalten. Auskunft gibt die jeweilige Versicherung.

Darüber hinaus biete ich so genannte **individuelle Gesundheitsleistungen** an, die analog abgerechnet und gesondert vereinbart werden (IGEL-Vereinbarungen).

Dazu gehören: Kinesiologie, Chelat- und Aufbauinfusionen, Osteopathie, Neuraltherapie, Magnetfeldtherapie (Papimi), Ozontherapie, Eigenblutbehandlung, Kochsalzinjektionen, Akupunktur, Herzfrequenzvariabilitätsmessung (HRV), Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA), spezielle Ernährungsberatung (z.B. Übergewicht), Sporttauglichkeitsuntersuchungen u.v.a.

Das Honorar für diese Leistungen wird gesondert vereinbart, z.B. werden für eine kinesiologische Untersuchung von ca. 30 min. 100,- Euro berechnet.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen oder an mich.

Ihr Dr. Raabe und Team

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

Praxis Dr. Raabe

# Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserem, „*Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz*“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. andere Ärzte, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z. b. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung.

Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggfs. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie im Folgenden erteilen:

**Einwilligung in die Datenweitergabe**

Hiermit willige ich als Patient, bzw. willigen wir / ich als Sorgeberechtigte(r) des/der genannten Patienten/in:

Vor- & Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung unseres/meines o. g. Kindes / Jugendlichen bei der Praxis (Name der Praxis, Adresse)

☐ die / den weiterbehandelnde/n Arzt/Ärztin

☐ das Krankenhaus

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

| | |
|---|---|
| ☐ | das Labor |
| ☐ | den/die Psychotherapeuten/in |
| ☐ | die ergotherapeutische Praxis |
| ☐ | die logopädische Praxis |
| ☐ | Person des Vertrauens |

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem / Arzt jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweiter-gaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die beiden genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtige/r

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

# Aufklärung und Einverständnis zur Behandlung von Metallbelastung mit Chelatoren (Infusionen)

Die Chelat-Therapie umfasst Infusionen (Hauptbestandteil des Protokolls ist EDTA und/oder DMPS oder DTPA u.a.) und evtl. DMSA-Kapseln zum Nachweis und zur **Behandlung von Metallbelastungen**, z.B. Zahnmetalle, Umweltbelastungen (Nahrung, Luft, Wasser). Ziel der Behandlung ist die Reduktion der Metallbelastung und der damit evtl. verbundenen Beschwerden bzw. Erkrankungen.

Die Chelat-Therapie ist z.Z. noch keine allgemein anerkannte wissenschaftliche Methode, obwohl langjährige Erfahrungen und eine Vielzahl von Studien vorliegen.

Mögliche seltene **Nebenwirkungen** sind: Müdigkeit, Hautreizungen, Übelkeit, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckabfall.

Die **Kosten** werden von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen in der Regel nicht übernommen, die genaue Kostenaufstellung ist je nach Zusammensetzung der Chelatinfusion individuell unterschiedlich und wird in einer gesonderten Vereinbarung festgehalten. Die Zusammensetzung der Infusion besteht neben den Chelatbildnern (z.B. EDTA) aus Vitamin C, B, Magnesium, Procain etc.

**Kontraindikationen**: Nicht angezeigt ist die Behandlung bei akutem Infekt, Dialysepatienten, schwerer Niereninsuffizienz, Psychosen, Allergie gegen den Wirkstoff (DMPS oral und parenteral, EDTA), Schwangerschaft.

**Anwendung**: Zunächst wird nach der ersten Infusion (Dauer ca. 1 h) für 1 h Urin gesammelt (wird in einem Becher aufgefangen) und an ein Speziallabor (gesonderte Kosten) zur Metallbestimmung zur Diagnostik von vermehrt freigesetzten Metallen (Quecksilber, Blei, Aluminium, Nickel, Cadmium u.a.) aus dem Körpergewebe geschickt (CEMET: Chelat Evozierter Metall Exkretion Test).

Je nach Ergebnis des Metallnachweises im Urin (oberhalb der chelatspezifischen Toxizitätsschwelle) werden dann weitere Infusionen, in der Regel entweder EDTA oder DMPS oder beide in Kombination, verabreicht, bzw. wenn kein eindeutiger Nachweis vorliegt, sind keine weiteren Infusionen erforderlich. Je nach Patient und

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

Dauer der Infusionstherapie werden zwischen dreimal wöchentlich und zweimal monatlich (ca. 10-30 mal) Infusionen verabreicht. (ca. 10- bis 30-mal) durchgeführt.

**Vor und nach der Infusion**: 3 Tage vor der 1. Infusion (CEMET) keine Nahrungsergänzungsmittel (Mineralstoffe) einnehmen, am Tag der ersten Infusion nüchtern nur Wasser trinken, kein Kaffee oder Tee, nicht rauchen, Blase entleeren. Nach der Infusion ausreichend Urin sammeln (max. 2 Gläser Wasser), Nahrungsergänzungsmittel, insbesondere Mineralstoffe, einnehmen und nach dem Urinieren viel trinken. Bei weiteren Infusionen entfallen diese Vorgaben mit Ausnahme der Trinkmenge und der Blasenentleerung.

Als Patient/in bin ich über die oben gemachten Aussagen gut informiert und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich gebe hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der Therapie gemäß der gesonderten Vereinbarung über Kosten und Anzahl der Behandlungen.

Vor- & Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

Praxis Dr. Raabe

# Einverständnis zu den Behandlungskosten

Ich bin darüber informiert worden, dass Untersuchung, Diagnostik und Therapie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden, bei Kassenpatienten nach der vereinbarten IGEL-Leistung (analog GOÄ).

Weitere Informationen erhalten Sie bei Dr. Raabe oder dem Praxisteam.

Ungünstige Versicherungsverhältnisse können zu Schwierigkeiten bei der Erstattung führen. Dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Berechnungsfähigkeit dieser Gebührenpositionen. Das bedeutet, dass die nach geltendem Recht berechneten Leistungen auch dann zur Zahlung fällig werden, wenn sie von Ihrer Versicherung nicht oder nur teilweise anerkannt werden.

Ich bin mit der Behandlung und den damit verbundenen Kosten einverstanden. Als Privatpatient/in gemäß der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) und bei GKV-Patient/in gemäß den vereinbarten IGEL-Leistungen (analog GOÄ).

Vor- & Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

Praxis Dr. Raabe

# Ausfallgebühr

Sehr geehrte Patienten,

Da es in unserer Praxis derzeit häufiger vorkommt, dass Patienten ihren Termin nicht wahrnehmen und sich auch nicht telefonisch melden, sehen wir uns gezwungen, für nicht wahrgenommene Termine eine **Ausfallgebühr** (Schutzgebühr) von € 30,00 geltend zu machen.

Diese wird fällig, wenn der Termin **nicht 24 Stunden** vorher abgesagt wurde.

Falls Sie außerhalb unserer Sprechzeiten anrufen, bitten wir Sie, uns eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter zu hinterlassen oder uns per E-Mail zu benachrichtigen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Vor- & Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, von der o.g. Gebühr Kenntnis genommen zu haben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

Praxis Dr. Raabe

# Fehlende Versichertenkarte

Für den Fall, dass ich zu irgendeinem Zeitpunkt in der Praxis behandelt werde, meine Versichertenkarte nicht vorlegen kann und diese nicht **spätestens 14 Tage** vor Quartalsende in der Praxis nachgereicht wird, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Behandlung als Privatpatient abgerechnet wird.

Die Behandlungskosten werden mir dann privat in Rechnung gestellt.

Vor- & Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

**Dr. med. Helmut Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin & Naturheilkunde
Viktoriastr. 12
68165 Mannheim

Tel: 0621 14 074
E-Mail: info@praxisdrraabe.de
Website: www.praxisdrraabe.de

mediserv

## Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tel.: | 06 81 / 4 00 07 89 | E-Mail: | service@arztrechnung.de |
| Fax: | 06 81 / 4 0 00 76 | Internet: | www.arztrechnung.de |

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
Ihre Praxis / Klinik

## Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

**1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten**

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüsserath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o. g. Anschrift –Abteilung Datenschutz– oder per E-Mail unter datenschutz@mediserv.de erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

**2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv**

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

**3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

**4. Herkunft der Daten**

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunfteien herangezogen werden.

**5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden**

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunfteien mitgeteilte Informationen zu vorangegangenem vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

**6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Auskunfteien ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

**7. Dauer der Datenspeicherung**

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

**8. Betroffenenrechte**

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.

Name und Vorname Patient: geb. am: Telefon:

Adresse Versicherungsstatus

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Ärztin/Arzt an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Ärztin/Arzt an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Ärztin/Arzt insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunfteien (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägrichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Anschriftenermittlung und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Ärztin/meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Ärztin/Arzt sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)