ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König
Hübsch´sche Mühle
Talstr. 1
69198 Schriesheim
www.neurologie-koenig.de

ANMELDEBOGEN

Bitte füllen Sie die erste Seite vollständig und lesbar aus, die nächsten Seiten lesen Sie sich bitte sorgfältig durch und unterzeichnen diese! Gemäß AG Lünen (Urteil vom 10.2.2016, Az. 7 C 424/15) **sind wir gesetzlich berechtigt sowie gemäß DSGVO verpflichtet Ihre Identität als Leistungs- und Datenempfänger zu überprüfen. *Bitte legen Sie uns zu Prüfungszwecken Ihre Ausweiskopie vor!***

Name, Vorname: _____
des Kindes

Geburtsdatum: _____
des Kindes

Versichertennummer: _____

Name der Kasse: _____

Name, Vorname: _____
Hauptversicherte/-r

Geburtsdatum: _____
Hauptversicherte/-r

Anschrift Hauptvers: _____
(+ggf. abw. Adresse Kind) (Straße + Hausnummer)

_____
(PLZ + Wohnort)

Telefon/ Mobil : _____

E- Mail: _____

Kinder-/ Hausarzt: _____

Allergien: _____
(wenn ja, welche?)

Grund für Ihren Besuch: _____
(z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, ADHS, Epilepsie, Autismus, genetische Störung, MS, Entwicklungsstörungen etc.)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

□***Internet*** □***Kinderarztempfehlung*** □***Angehörigenempfehlung*** □***Bewertungsportal*** □***Sonstiges:***_____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

_____ _____
Ort, Datum **Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten**

ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König
Hübsch´sche Mühle
Talstr. 1
69198 Schriesheim
www.neurologie-koenig.de

Schriftliche Einwilligung gemäß Bundesdatenschutz-Gesetz und EU-DSGVO 2018

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die bei Terminvergabe angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift und Telefonnummer, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und dienen als Nachweis für Aufsichtsbehörden.
Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.
Gesundheitsinformationen zählen zu den **besonderen Arten personenbezogener Daten** und sind als solche durch den Datenschutz besonders geschützt. Darüber hinaus unterliegen sie auch dem Arztgeheimnis.
Patientendaten dürfen nur unter engen Voraussetzungen erhoben, gespeichert, genutzt und verarbeitet werden. Es bedarf dabei regelmäßig der Zustimmung des Betroffenen oder einer gesetzlichen Bestimmung, die dies gestattet. Zulässig ist dies etwa, wenn die Daten für die **Vorsorge, Diagnostik oder Behandlung** vonnöten sind. Die **Übermittlung der Patientendaten** an Dritte ist nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig und bedarf entweder der expliziten Einwilligung des Betroffenen oder einer gesetzlich bestimmten Erlaubnis.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie bitte das jeweilige Feld an.

- ☐ ***1. Ich willige ein, dass mir die Praxis Prof. Dr. König postalisch Infos/ med. Post übersendet.***
- ☐ ***2. Ich willige ein, dass mir die Praxis per E-Mail/Telefon/Fax/SMS* Infos/ med.Post übersendet.***
  (* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)
- ☐ ***3. Ich willige ein, dass die Praxis mit meiner Versicherung/ Krankenkasse in Kontakt tritt.***
- ☐ ***4. Ich willige ein, dass meine Daten im Rahmen des Forderungsmanagements bei Rechnungsstellung an Dritte (Rechtsanwaltskanzlei der Praxis/ Inkassounternehmen/ Private Verrechnungsstelle) weiter gegeben werden dürfen.***
- ☐ **5. Ich möchte keine Zustimmung erteilen und wünsche keinerlei Kontaktaufnahme.**

[Ort, Datum] ……. [Name und Unterschrift des Hauptversicherten]…….....

BITTE BEACHTEN SIE:

Medizinische Inhalte dürfen nicht per Telefon/ Email/ SMS/ Fax (unverschlüsselt) bearbeitetet werden! Die Antwort erfolgt postalisch, sofern Versichertenkarte/ Porto/ Freiumschlag hinterlegt wurden!
Wir dürfen die Behandlung, Weiterbetreuung und Annahme von Patienten ablehnen, sofern Sie unsere AGBs 1-4 nicht akzeptieren!

Rechte des Patienten: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 34 BDSG bzw. Art. 15 EU-DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.
Gemäß § 35 BDSG bzw. Art. 16 EU-DSGVO und Art. 17 EU-DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.
Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König
Hübsch´sche Mühle
Talstr. 1
69198 Schriesheim
www.neurologie-koenig.de

Kostenbeteiligung an Leistungen und wichtige Hinweise mit der Bitte um Berücksichtigung

Sehr geehrte PatientINNEN,

bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir Sie künftig um Erstattung der anfallenden Kosten für folgende Leistungen bitten müssen:

Selbstzahler (Privatpatienten gemäß GOÄ!):

- **Kleines Attest:** ***10,-€ (Medikamentenverordnung)***
- **Großes Attest:** ***28,-€ oder mehr je nach Aufwand (Notfallplan, Gutachten)***
- **Arztbrief-Kopie** für Patient (Hausarzt erhält bei Überweisung ein Exemplar): Porto + Kopierkosten in Höhe individueller Auslagen: ***5,-€ + Porto*** (alternativ bitte Freiumschläge/ Briefmarken hinterlegen)
- **Email-Korrespondenz/ Faxanforderungen/Befundkopien: 7,-€ je Vorgang bzw. nach Aufwand**

Rezepte können ***nur nach vorheriger telefonischer Anmeldung*** in der Regel am Folgetag abgeholt werden. Bei postalischem Versand müssen wir Ihnen die Portokosten in Rechnung stellen. **Betäubungsmittel-Rezepte** sind nur als Einschreiben postalisch zustellbar gegen Übernahme einer Aufwandspauschale in Höhe von **7,-€**.

Bei Terminversäumnis ohne vorherige **Absage (mind. 48 Stunden= 2 Werktage vorher!)** müssen wir Ihnen ***102.80,-€ Ausfallgebühr*** in Rechnung stellen, bei wiederholtem Fernbleiben können wir Ihnen keine Folgetermine mehr gewähren. **Wir sind aufgrund unserer universitären Qualifikation mit Sonderbedarfszulassung die einzig ausschließlich neuropädiatrisch tätige Praxis bundesweit** und möchten Sie bitten im Interesse anderer Patienten, die dringend einen unserer begehrten Termine benötigen, Ihren vereinbarten Termin nicht ohne berechtigten Grund zu verpassen! Bei Verspätung geht dies von Ihrer Gesprächszeit ab, **ab einer Verspätung von 30 min müssen wir Sie leider abweisen,** um den Praxisablauf nicht zu gefährden. Sollten Sie einmal im Stau stehen oder unvorhersehbaren widrigen Umständen entgegensehen, **benachrichtigen Sie uns bitte umgehend telefonisch,** auch für plötzliche Krankheitsfälle haben wir Verständnis, möchten Sie aber um frühest mögliche Terminabsage und einen ärztlichen Nachweis bitten, um Unannehmlichkeiten zu vermeiden und den Termin noch anderweitig vergeben zu können. Bei verspäteter Absage im akuten Krankheitsfall gelten nach Einzelfallprüfung ggf. reduzierte Ausfallgebühren (ohne Gewähr!). **Im Rahmen der Beweislastumkehr sind Sie verpflichtet den Nachweis über die Absage zu führen! In eigenem Interesse lassen Sie sich bitte stets einen Terminbestätigungszettel aushändigen!**

Im Falle von **Rechnungsstellungen** erklären Sie sich ausdrücklich mit der **Datenverarbeitung und ggf. Weitergabe an eine von uns beauftragte Anwaltskanzlei/ Inkassounternehmen** einverstanden zur Honorareinforderung der vereinbarten Beträge.

Sofern Sie Gebühren nicht bar / am EC-Terminal entrichten, ist eine **Verwaltungsgebühr in Höhe von 2 Euro** je Vorgang fällig.

Sofern Sie sich als einzelnes Elternteil vorstellen, erklären Sie die vollumfängliche, einvernehmliche Einwilligung Ihres Partners/ weiteren Sorgeberechtigten mit Ihrer Unterschrift!

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Mitwirken!

Ihr Praxis- Team

Einwilligungserklärung:

Datum/ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):_____
Name in Druckbuchstaben:_____

ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König
Hübsch´sche Mühle
Talstr. 1
69198 Schriesheim
www.neurologie-koenig.de

Honorarvereinbarung gem. § 2 GOÄ
über abweichende Gebührenhöhe und Gebührensätze

zwischen
Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie
- Herrn Prof. Dr. Stephan A. König-
und

Hauptversicherte(r) Herrn/Frau .....,geb.....whft.....
Adresse/ Tel.....
(im Folgenden: Patient/Patientin genannt)
Name und Sitz der Krankenkasse:.....
Versichertennummer: .....

vereinbaren nach persönlicher Absprache im Einzelfall Folgendes: Die Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie erbringt zugunsten des/der Patienten/Patientin die Leistungen nach GOÄ- Ziffern

1/SK	1	Beratung, auch mittels Fernsprecher (3,499fachAbklärung schwerwiegende neurol Er	3,499	16,32
7/SK	1	Vollständige körperliche Untersuchung mindest (3,499fachaufw. Unters bei wehrhaftem Kind mit g	3,499	32,63
800/SK	1	Eingehende neurologische Untersuchung (3,499fachaufw. Unters bei wehrhaftem Kind mit g	3,499	39,77
801/SK	1	Eingehende psychiatrische Untersuchung, ggf. i (3,499fachAbklärung schwerwiegende neurol Er	3,499	50,99
816/SK	1	Neuropsychiatr. Beh. eines Anfallkranken mit Ko (3,499fachTherapieschwierige Epilepsie oder a	3,499	36,71
885/SK	1	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Ki (3,499fachAbklärung schwerwiegende neurol Er	3,499	101,97
15/SK	1	Einleitung und Koordination flankierender therap (3,499fachJahrespauschale aufw. interdisziplinä	3,499	61,18
75/SK	1	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befunc (3,499facherhöhter Zeitaufwand bei neurol krank	3,499	26,51
ZP/SK	1	Verwaltungsgebühr		2,00
ZP/SK	1	Porto		0,70
860/SK	1	Erhebung einer biographischen Anamnese unte (3,490fachGesprächszeit 60min, schwerwiegend	3,490	187,15
827/SK	1	Elektroenzephalographische Untersuchung - au (3,499fachtechn aufw Unter bei wehrhaftem neur	3,499	123,39
56/SK	2	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbrin (2,500fachaufw. Überwachung EEG bei neurol kr	2,500	26,23
ZP/SK	1	Elektrodengel, Verbrauchsmaterial EEG		23,90
ZP/SK	1	Melatoninzubereitung Schlaf-EEG		8,90

SUMME: 764,58€
davon ***EEG: 208,68€*** und ausführliches ***Gespräch: 393,62€***
zuzüglich Blutabnahme und/ oder Testverfahren

mit einem von dem Regelsatz gem. § 5 Abs. 2 GOÄ 2,3 abweichenden **Steigerungssatz von 3,5** zum jeweils gültigen Vergütungsbetrag in €. Eine Liste der tatsächlichen Vergütung je Ziffer bzw. Kostenvoranschlag wurde ausgehändigt.
Der/die Patient/Patientin ist darüber informiert, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen (insbesondere die private Krankenversicherung) möglicherweise nicht im vollem Umfang gewährleistet ist. Auch bei Nichterstattung durch die Kasse ist der Differenzbetrag vertragsgemäß zu entrichten. In die Datenweitergabe an ein von der Praxis beauftragtes Inkassounternehmen und/ oder eine Anwaltskanzlei wird eingewilligt (Widerruf möglich). Die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse wird erlaubt.

Der Patient bedarf der Einwilligung des Arztes für die Abtretung der Ansprüche aus diesem Behandlungsvertrag einschließlich der Ansprüche, die auf Rückzahlung des eventuell zuviel gezahlten Arztthonorars gerichtet sind. Der Forderungsübergang nach § 67 Versicherungsvertragsgesetz sowie dem Rechtsberatungsgesetz ist ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich einvernehmlich mit meinem Partner/ Hauptversicherten einverstanden.

Ludwigshafen, ... Unterschrift PatientIN/ Erziehungsberechtigte des Kindes.....

ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König
Hübsch´sche Mühle
Talstr. 1
69198 Schriesheim
www.neurologie-koenig.de

Abrechnungs-Information für Patienten mit Privatversicherung

Sehr geehrte Patienten,

wir haben heute für Sie und Ihr Kind einen Gesprächs-Termin mit einer Dauer von **1 Stunde** reserviert.

Im Gegensatz zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen sieht die Privatabrechnung *keine* zeitabhängigen Ziffern vor. In der Privatabrechnung wird von einer Standardvorstellung einer Dauer von 10 min ausgegangen, für das EEG wird eine Zeitdauer von 20 min angesetzt, auch wenn es sich um ein aufwändiges Schlaf-EEG mit einem Zeitaufwand von **1,5 oder 2 Stunden** handelt.

Leistungen wie das Schlaf- EEG oder die Behandlungen von komplizierten, schwerwiegenden und seltenen Erkrankungen werden deutschlandweit nur in wenigen Praxen im Bereich der Neuropädiatrie angeboten. Die "Standardbetreuung" erfolgt hier in Form eines z.T. mehrtägigen stationären Aufenthaltes, der zur Rechnungsstellung über Beträge von *2000 bis 5000 Euro* führt.

Unser normalerweise angebotener hoher Zeitaufwand führt dazu, dass eine Rechnungsstellung wie Sie diese vom Hausarzt oder HNO- Arzt gewohnt sind, bei uns bei weitem nicht einmal die Sach- und Personalkosten deckt.

Wir bieten deshalb zwei Behandlungsoptionen an:

1. eine **Kurzvorstellung mit einer *Dauer von 10 min***, die zu einer Rechnung führt, wie diese Ihnen vertraut ist. Dies beinhaltet allerdings **nur** eine Befundmitteilung, ggf. orientierende neurol. Untersuchung.

2. ein **ausführlicher Termin einer *Dauer von 1 Stunde***, den wir nur ermöglichen können, wenn Sie mit einer Steigerung **Faktor von 3,5** sowie mit der Berechnung von Ziffern mit einem hohen Zeitaufwand einverstanden sind, wie zum Beispiel der **860**, welche eine ausführliche biografische Anamneseerhebung beinhaltet. Die regulären Versicherungen *(mit Begründungshilfe auch bei Beihilfe und Post-Beamtenkasse!)* erstatten auch diese Ziffern bisher völlig problemlos. Dies beinhaltet eine ausführliche Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Untersuchung, Diagnostik-Komplettierung und ganzheitliche Therapieempfehlung.

Bitte kreuzen Sie hier wunschgemäß an, für welche der beiden Optionen Sie sich entscheiden:

☐ **Kurzvorstellung 10min (NUR EEG-BEFUND!)**

☐ **Stundentermin (BERATUNG, UNTERSUCHUNG, THERAPIE-EMPFEHLUNG, GANZHEITLICHE BETREUUNG)**

Bitte bestätigen Sie Ihre Wahl mit Datum, Namen und Unterschrift :

Schriesheim, _____ _____ _____

Eine Erläuterung der Ziffern, die in unserer Praxis zur Abrechnung kommen, erhalten Sie in der Anlage.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung. Ihr Praxis-Team

ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König
Hübsch´sche Mühle
Talstr. 1
69198 Schriesheim
www.neurologie-koenig.de

Einverständniserklärung zum Versand von Arztbriefen und Schweigepflichtsentbindung

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Datenschutzgesetz (SGB V §73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns dies schriftlich erlauben. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet.

Deshalb möchten wir Sie bitten die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

O Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie ***keinen*** Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.

O Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelne Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.

O Ich möchte, dass folgende mitbehandelnde Ärzte auf jeden Fall einen Befundbericht über die durchgeführten Untersuchungen erhalten, nämlich:

_____

_____

Darüber hinaus erteile ich hiermit eine **Schweigepflichtsentbindung** zu Gunsten der ZNS-Privatpraxis, damit notwendige Befunde bei externen Kliniken, Ärzten und anderen Einrichtungen angefordert und vorhandene Unterlagen über meine Person eingesehen werden dürfen. Dies gilt auch für Behörden, Jobagentur, Schulen und Fördereinrichtungen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

O Ich möchte *keine* Schweigepflichtsentbindung erteilen.

Datum, Name und Unterschrift .....