

# ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König

Hübsch'sche Mühle

Talstr. 1

69198 Schriesheim

[www.neurologie-koenig.de](http://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.)

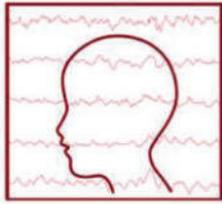
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Internet  Kinderarzttempfehlung  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](http://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) bearbeitet werden! Die Antwort erfolgt postalisch, sofern Versichertenkarte/ Porto/ Freiumschlag hinterlegt wurden!

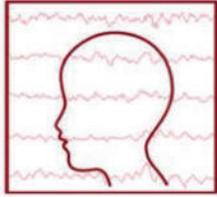
Wir dürfen die Behandlung, Weiterbetreuung und Annahme von Patienten ablehnen, sofern Sie unsere AGBs 1-4 nicht akzeptieren!

### 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*

## **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.

- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie **keinen** Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnde Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- Ich möchte, dass folgende mitbehandelnde Ärzte auf jeden Fall einen Befundbericht über die durchgeführten Untersuchungen erhalten, nämlich:

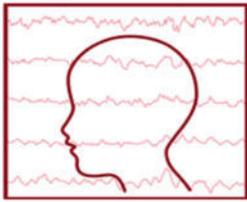
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

- Ich möchte **keine** Schweigepflichtsentbindung erteilen.

**Datum, Name und Unterschrift .....**



# ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König

Hübsch'sche Mühle

Talstr. 1

69198 Schriesheim

www.neurologie-koenig.de

## Honorarvereinbarung gem. § 2 GOÄ über ggf. abweichende Gebührenhöhe und Gebührensätze/ Selbstzahler/ IGEL-Leistung

zwischen  
ZNS-Privatpraxis  
- 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:.....

### Abrechnungsmodalitäten (zT reduzierter Satz gemäß GOÄ) : Auf Wunsch erstellen wir Ihnen gerne einen individuellen Kostenvoranschlag!

Kosten für ein EEG: 96,60€ Schlaf-EEG/ BERA bis 4. LJ: 250,- ggf. zzgl. Gespräch Kosten für eine Sonographie: Abdomen 60,86€, Schilddrüse 40,05€

Kosten für eine Erstberatung (60min), ausführliche Anamneserhebung, ganzheitliche Therapieempfehlung und neurologische Untersuchung: 300,-€ je nach Zeitaufwand und Leistungsumfang Kosten für ein EKG: 45,44€ Kosten für eine Routine-Blutabnahme: 100,-€

Kosten für eine neurokardiale Funktionsdiagnostik/ SEP/ VEP/ Nervenleitgeschwindigkeit: 81,11€ (ggf. Überweisung an externe Kooperationspartner)

Kosten für Testverfahren: Autismus 450€, ADHS 350€, LRS 250€, Dyskalkulie 200€ jeweils zzgl. Erstvorstellung und Auswertungsgespräch

Kosten für Akupunktur: 40,80€ je Sitzung Kosten für Entspannungsverfahren/ Manualtherapie: 75€

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	2,300	10,72	ZP/SK	1 Materialkosten Testverfahren	23,90
7/SK	1 Vollständige körperliche Untersuchung mindest	2,300	21,45	ZP/SK	1 Materialkosten Venenverweilkannüle, Pflaster, Dr	23,90
800/SK	1 Eingehende neurologische Untersuchung	2,300	26,14	250/SK	1 Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Kath	1,800 4,20
801/SK	1 Eingehende psychiatrische Untersuchung, ggf. i	2,300	33,52	ZP/SK	1 BE-Set, Kanüle, Spezialmonovetten, Desinfektio	11,90
860/SK	1 Erhebung einer biographischen Anamnese unte	2,300	123,34	661/SK	1 Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines	1,800 55,61
856/SK	1 Anwendung und Auswertung standardisierter Int	1,800	37,88	648/SK	1 Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriel	3,499 123,39
827/SK	1 Elektroenzephalographische Untersuchung - au	2,300	81,11		(3,499fach, KIPPTISCHTEST isoliert-technisch e	
56/SK	1 Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbrin	1,800	18,89	269a/SK	1 Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Minde	2,300 46,92
ZP/SK	1 Melatoninzubereitung Schlaf-EEG		8,90	410/SK	1 Ultraschalluntersuchung eines Organs	2,300 26,81
ZP/SK	1 Porto		0,70		(Leber)	
70/SK	1 Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbe	2,300	5,36			
	(Elternexemplar Brief Zweitausfertigung)					
75/SK	1 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befunc	2,300	17,43			
ZP/SK	1 Materialkosten Testverfahren		23,90			
ZP/SK	1 Materialkosten Venenverweilkannüle, Pflaster, Dr		23,90			

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.

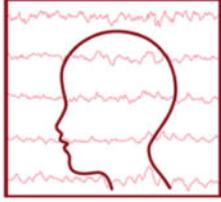
Der/die Patient/Patientin ist darüber informiert, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen (insbesondere die private Krankenversicherung) möglicherweise nicht im vollem Umfang gewährleistet ist. Auch bei Nichterstattung durch die Kasse ist der Differenzbetrag vertragsgemäß zu entrichten. 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 Arzthonorars 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.

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

Honorarvereinbarung Selbstzahler



# ZNS-Privatpraxis

Prof. Dr. Stephan König

Hübsch'sche Mühle

Talstr. 1

69198 Schriesheim

[www.neurologie-koenig.de](http://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: \_\_\_\_\_