GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. MED. THOMAS GIESLER
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie/Handchirurgie
OLIVER JÜNGLING
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ritterbrunnen 7 - 38100 Braunschweig

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung von

Name :
.....

Ich wünsche durch Herrn Dr. Giesler, bzw. Oliver Jüngling folgende Leistungen auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen (Behandlungswunsch):

.....

Dieser Wunsch ist auf eigene Initiative zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung ist dabei folgender Sachverhalt:

☐ Ich wünsche Behandlung als Privatpatient (Selbstzahler).

☐ Ich bin privat versichert bei:
.....

☐ Standardtarif

☐ Basistarif

☐ Beihilfeberechtigt:……
……..

☐ Ich bin im Behandlungsfall mit der Übermittlung meiner Daten an andere Ärzte per Email einverstanden, sofern dies notwendig ist.

Herr Dr. Giesler/Herr Jüngling klärt mich über Folgendes auf:

☐ Herr Dr. Giesler, bzw. Oliver Jüngling wird die ärztlichen Leistungen privatärztlich liquidieren. Diese Rechnung ist von mir zu bezahlen.

Braunschweig, den .....

_____
Unterschrift Patient/-in

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. MED. THOMAS GIESLER
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie/Handchirurgie
OLIVER JÜNGLING
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ritterbrunnen 7 – 38100 Braunschweig

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Sie in unserer Patientenkartei aufnehmen zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Name : ..... Vorname : ……...

Geburtsdatum : ..... Beruf : ……..

Straße : ..... PLZ+Wohnort : .....

Tel : privat : ..... geschäftl. : ..... Mobilfunk :…….

Email-Adresse : ……

Wie haben Sie uns gefunden? Jameda ☐ Empfehlung ☐ Google ☐ Andere ☐

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass ich für Terminänderungen und Informationen per SM oder Email angeschrieben werde.

Von den Ärzten werden während der Besprechung, Behandlung bzw. Operation, Fotos von den Befunden/Ergebnissen angefertigt:

Ich bin damit einverstanden ◉

Ich bin damit ***nicht*** einverstanden ○

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V erkläre

-ich mich einverstanden, dass Dr. Giesler/O. Jüngling mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei folgenden Ärzten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert:

Praxisnamen:_____

-ich mich einverstanden, dass Dr. Giesler/O. Jüngling mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an meine behandelnden folgenden Ärzte übermittelt:

Praxisnamen:_____

Im Falle einer Operation senden wir ihre Befunde an die Klinik am Schloss GmbH & Co. KG

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.

_____

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Bitte wenden!

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. MED. THOMAS GIESLER
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie/Handchirurgie
OLIVER JÜNGLING
Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ritterbrunnen 7 – 38100 Braunschweig

Anamnesebogen: Name: …..... Vorname: ……..

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Wir möchten Ihre Behandlung so gut und so sicher wie möglich gestalten. Dazu sind wir auf Ihre Angaben angewiesen. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nehmen Sie Blutverdünner wie z.B. Aspirin, Xarelto, Eluquis oder Marcumar, oder andere ein?
Wenn ja, welche?

.....

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? Wenn ja, schreiben Sie bitte auf, worum es sich handelt.
Sollten Sie die genaue Bezeichnung nicht kennen, schreiben Sie bitte einfach nur „ja“.

☐ Herzerkrankung, wenn ja, welche: .....

☐ Hoher Blutdruck niedriger Blutdruck (zutreffendes bitte unterstreichen)

☐ Schlaganfall, wenn ja wann: .....

☐ Lungenerkrankung, wenn ja, welche: .....

☐ Magen-/Darmerkrankung, wenn ja, welche: .....

☐ Schilddrüsenerkrankung, wenn ja, welche: .....

☐ Nierenerkrankung, wenn ja, welche: .....

☐ Neurologische Erkrankung, wenn ja, welche: .....

☐ Krampfadern, wenn ja, wo: .....

Hatten Sie schon einmal eine:

☐ Thrombose, wenn ja wo und wann: .....

☐ Lungenembolie, wenn ja wann: .....

☐ Blutgerinnungsstörung, wenn ja, welche: .....

☐ Chron. Erkrankungen (z.B. Diabetes, Rheuma), wenn ja, welche: .....

☐ Andere Erkrankungen, z.B. Allergien: .....