



HAUTZENTRUM
AM HOLZMARKT
CORIUS



HAUTKLINIK
AM HOLZMARKT
CORIUS

Anmeldeformular (Bitte füllen Sie alle Seiten aus)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen im **MVZ Hautzentrum am Holzmarkt** und der **Hautklinik am Holzmarkt**. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen. In Ihrem Interesse dürfen wir Sie um folgende Angaben bitten:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Mobil _____ Festnetz _____

(Bitte achten Sie darauf, dass für eine schnelle und reibungslose Kommunikation mit Ihnen eine eMail-Adresse oder Telefonnummer **benötigt** wird.)

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

E-Mail _____

(Bitte achten Sie darauf, dass für eine schnelle und reibungslose Kommunikation mit Ihnen eine eMail-Adresse oder Telefonnummer **benötigt** wird.)

Krankenversicherungsstatus ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert

Name der Krankenversicherung _____

Besondere Versicherungen:

☐ Normaltarif ☐ Post B ☐ KVB I-III ☐ Beihilfe ☐ Basistarif ☐ Studententarif ☐ Selbstzahler

Name/Kontaktdaten Ihres Hausarztes _____

Bitte ankreuzen:

Im Rahmen meiner Behandlung erkläre ich mich damit einverstanden, dass...

☐ Ja

...meine **behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt** die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei **meinem Hausarzt und / oder bei anderen Leistungserbringern**, bei denen ich in Behandlung bin, einholen darf. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Dermatologe darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

☐ Nein

☐ Ja

...mein/e **behandelnde/r Hausarzt/-ärztin** Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die im Rahmen meiner Behandlung im **MVZ Hautzentrum am Holzmarkt** und der **Hautklinik am Holzmarkt** erstellt wurden. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden.

☐ Nein

☐ Ja

...ich eine Erinnerung an Termine bzw. Terminänderungen (einschl. Absagen) über die **Doctolib GmbH** (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) an meine oben genannten Kontaktdaten (E-Mail und/oder SMS) erhalte. **Durch Ihre Zustimmung ermöglichen Sie uns, dass wir ihnen eine zeitnahe mögliche Terminänderung (einschl. Absagen) mitteilen können. Ihre Daten werden hierbei ausschließlich für diesen Zweck von uns verwendet.**

☐ Nein

Bitte ankreuzen:

Im Rahmen meiner Behandlung und zukünftiger Folgebehandlungen kann eine Laboranalyse meiner medizinischen Proben notwendig werden:

☐ **SYNLAB Medizinisches Versorgungszentrum Ettlingen GmbH**
(Otto-Hahn-Straße 18, 76275 Ettlingen)
Für Blutproben

☐ **MVZ Labor Ravensburg GbR** (Elisabethenstraße 11, 88212 Ravensburg)
Für Bakteriologische Proben

☐ **Dermatopathologisches & Pathologisches Einsendelabor** (Tibarg 7-9 22459 Hamburg)
Für Gewebeproben

☐ Meine Proben sollen an folgendes Labor gesendet werden:

☐ **Laborgemeinschaft Oberschwaben**
(Schulstr. 19, 88400 Biberach)
Für Blutproben

☐ **Universitätsklinikum Tübingen** (Liebermeisterstr. 8, 72076 Tübingen)
Für Gewebeproben

☐ **MVZ CORIUS DermPathBonn GmbH**
(Trierer Str. 70 – 72, 53115 Bonn)
für Gewebeproben

☐ **Ich stimme der Weiterleitung meiner medizinischen Proben an alle Labore zu.**

Für Organisation der Termine im Rahmen der medizinischen Versorgung wird die **Doctolib GmbH** (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) im Auftrag des **MVZ Hautzentrum am Holzmarkt** bzw. der **Hautklinik am Holzmarkt** die von mir freiwillig überreichten Informationen und Kontaktdaten, bzw. Patientenstammdaten verarbeitet und dazu verwendet ein für mich kostenloses Patienten Benutzerkonto auf der Internet-Plattform <https://www.doctolib.de/> zu erstellen. Meine Daten werden hierbei ausschließlich zum Zweck der Organisation des Patiententermins verwendet.

Mir ist bekannt, das meine – für die medizinische Behandlung notwendigen Daten – auch am Standort **Hautklinik Corius Biberach GmbH** (Holzmarkt 6, 88400 Biberach/Riß) bzw. der **MVZ Corius Biberach GmbH** (Holzmarkt 6, 88400 Biberach/Riß) verarbeitet werden können.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit vollständig oder zu Teilen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich in der Praxis oder an die oben genannte Adresse, ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinischen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt.

Einverständniserklärung des/der Patienten/in und Zahlungspflichten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich ebenfalls, die Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage, sofern eine Leistung (so genannte Igel- oder Privatabrechnungsleistung) in Anspruch genommen wurde, die von meiner Krankenkasse nicht übernommen wird und meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an die Firma **MCC Medical CareCapital GmbH** (Hohenzollernstraße 47, 47799 Krefeld) weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Abrechnungsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z. B. Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehmen.

Mit nachfolgender Unterschrift willigen Sie darüber hinaus ein, dass das **MVZ Hautzentrum am Holzmarkt und der Hautklinik am Holzmarkt** – im Falle einer zweiten erfolglosen Mahnung – das Recht hat rechtliche Schritte zur Begleichung der Rechnung einzuleiten. Dazu arbeiten wir mit der **Creditreform Karlsruhe-Reutlingen Bliss GmbH & Co. KG** (Kriegsstr. 236-240, D-76135 Karlsruhe) für die Bonitätsprüfung, bzw. für das Inkasso zusammen. Im Zuge der Bonitätsprüfung werden Ihr Name, die Anschrift, das Geburtsdatum, ggf. die E-Mailadresse mit der Datenbank abgeglichen. Es gelten die Datenschutzbestimmungen der **Creditreform Karlsruhe-Reutlingen Bliss** unter <https://www.creditreform.de/karlsruhe/datenschutz>. Der Datenschutzbeauftragte der Creditreform Karlsruhe-Reutlingen Bliss ist unter datenschutz@karlsruhe.creditreform.de erreichbar.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, **spätestens 2 Werktage** vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen die Behandlung in Rechnung stellen. Bei einem unentschuldigtem Fernbleiben wird als pauschalisierter Schadensersatz ein Betrag in Höhe von 50,00€ als Ausfallzeit in Rechnung gestellt.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO liegen im **MVZ Hautzentrum am Holzmarkt** bzw. der **Hautklinik am Holzmarkt** aus.

- ☐ Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO zur Kenntnis genommen.

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters/in bei z.B. minderjährigen Patienten/Patientinnen (in Druckbuchstaben)