

# Dr. med. Yael Adler DERMATOLOGIN

Richard-Strauss-Straße 37,  
14193 Berlin; Tel: 030 /8800 1854

## Anmeldung und Behandlungsvertrag

### PATIENT

Name:..... Vorname:..... geb.:.....  
 Strasse:..... PLZ:..... Ort:.....  
 Telefon privat:..... Fax privat:.....  
 E-Mail:..... Tel. geschäftlich:.....  
 Mobiltelefon:..... Beruf:.....

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/Patienten und Dr. Yael Adler wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Dr. Y. Adler kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung der/des Patientin/Patienten medizinische Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch an andere Ärzte oder Angestellte delegieren. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Erstberatung u. Untersuchung nach GOÄ beläuft sich auf ca. 60-150€ je nach Umfang. Befunde werden nach Abschluss der Behandlung kurz kommentiert zugesendet. Nach GOÄ werden dafür je nach Befund zwischen 5,98€ und 10,83€ berechnet. Nach Vereinbarung können gesteigerte Sätze oberhalb des 3,5 fachen Satzes berechnet werden.

Der Patient teilt ausdrücklich mit,

- in der nachfolgend genannten Versicherung privat  
 krankensichert zu sein: Name der Versicherung:.....  
 nicht krankensichert zu sein  
 dass eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.  
 Selbstzahler zu sein

### Vertragspartner Sind Sie als Patient, nicht Ihre Versicherung.

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe haftet der Patient persönlich für die Kosten der Behandlung. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei. Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die Ärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit dem Privatärztlichen Abrechnungsinstitut bzw. uns in Verbindung zu setzen. Wir unterstützen Sie gerne bei Ihren rechtmäßigen Forderungen Ihrer Versicherung gegenüber. Kosmetisch-ästhetisch motivierte Behandlungen werden i.d.R. von keiner Erstattungsstelle übernommen.

In meiner Gemeinschaftspraxis erfahren meine ärztliche Kollegin, unser beider Personal und mein Terminbüro Ihren Namen, Termin u. Anliegen. Alle medizinischen und persönlichen Daten und Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Patienten können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.

Berlin, den .....  
 Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter ..... Unterschrift Arzt .....

Intern: ausgewiesen durch  Versicherungskarte  Dokument: ..... No.: .....

Name: \_\_\_\_\_

## Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **roten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **grünen Fragen freiwillig**.

**Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!**

### Medikamente

Ich nehme folgende \_\_\_\_\_  keine  
Medikamente/Präparate  
ein (incl. Pille) \_\_\_\_\_

### Rauchen

Nichtraucher  0 - 10 Zigaretten pro Tag  über 10  
Zigaretten

### Alkohol

sehr selten / nie  manchmal  täglich

### Ich leide an folgenden Krankheiten:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis B/C, HIV)      | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                         |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung: _____                          |  |
| <input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma)       | <input type="checkbox"/> Diabetes                                  |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung (Hochdruck, Herzinfarkt) | <input type="checkbox"/> Nervenleiden (Krampfanfälle, Neuropathie) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen                        | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems           |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)            | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                        |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden, Depressionen                      | <input type="checkbox"/> Operationen,<br>welche: _____ --          |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen          | _____  |

**Nur für Frauen:**  Ich bin schwanger  Ich stille gerade  Anzahl der Kinder: \_\_\_\_  Menopause  
 Zyklus alle \_\_\_\_ Tage  regelmäßig  unregelmäßig

### Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?:

Allergien \_\_\_\_\_

Ekzeme

Neurodermitis

Heuschnupfen

Nahrungsmittelunverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Krampfadern

Hatten Sie Hautkrebs, welchen und wann? \_\_\_\_\_

Unreine Haut, Pickel

Schuppen

Trockene Haut

Nagelprobleme

übermäßige Behaarung

erweiterte Äderchen

Haarausfall

Probleme mit Narben

Bekommen Sie einen Sonnenbrand?  immer  manchmal  nie

Gehen Sie ins Solarium?  ja

Hatten Sie schon mal eine der folgenden Behandlungen?  Botulinumtoxin (Botox)  Hyaluronsäure, Kollagen, andere Filler  Laser-Hautverjüngung

Ich komme auf Überweisung/ Empfehlung von:.....