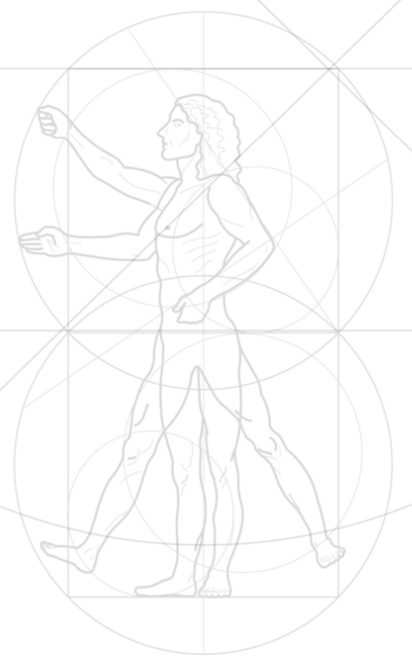


## Anmeldung zur Untersuchung



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

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. und Handy.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E – Mail: \_\_\_\_\_

Beruf/ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Versicherung (Welche): \_\_\_\_\_

Beihilfestelle (Welche + Quote in %): \_\_\_\_\_

An welchem Körperteil bestehen jetzt die Beschwerden: \_\_\_\_\_

Rechts  Links  Seit wann bestehen die Beschwerden: \_\_\_\_\_

Lag ein Unfall vor? Ja  Nein  Wann: \_\_\_\_\_

Wurden vom betroffenen Körperteil **Röntgenbilder** angefertigt?

Ja  Nein  Wann: \_\_\_\_\_

Erfolgte bereits eine konservative Therapie (Physiotherapie, Krankengymnastik, Injektionen etc.)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Ja  nein  ? \_\_\_\_\_

Üben Sie eine Sportart aus: \_\_\_\_\_

Sind Sie Athlet eines Landes-/Bundeskaders: ja  nein  Kader: **OK**  **PK**  **NK1**

Bitte teilen Sie uns zur Arztbriefschreibung, falls gewünscht, Ihren Arzt mit

**Name/Adresse:** \_\_\_\_\_

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass auch bei mitgebrachten Röntgen- oder MRT-Bilder möglicherweise weitere Spezialaufnahmen durch uns notwendig sein werden, um bereits bei Ihrem ersten Termin eine exakte Diagnose stellen zu können. Wir übernehmen keine Haftung für mitgebrachte Röntgen- oder Kernspinaufnahmen.**

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung personenbezogene Daten über mich gespeichert und im Falle einer stationärer Behandlung an den Krankenhausträger, ggf. an einweisende bzw. behandelnde Ärzte, an zuständige Krankenkasse oder an Versicherungen übermittelt werden können. Diese Daten unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Mit meiner Unterschrift garantiere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Schulter- und Ellenbogenchirurgie  
Sporttraumatologie

Dr. med. Sven Lichtenberg  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Prof. Dr. med. Marc Schnetzke  
Orthopädie / Unfallchirurgie Spezielle  
Unfallchirurgie

Hüft- und Kniechirurgie  
Sporttraumatologie

Prof. Dr. med. Holger Schmitt  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin / Rheumatologie

Dr. med. Gregor Berrsche  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Hüft- und Knieendoprothetik

Prof. Dr. med. Rudi G. Bitsch  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie

Kinder- und Neuroorthopädie  
Fußchirurgie

Prof. Dr. med. Sébastien Hagmann  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie  
Kinderorthopädie

Angestellter Facharzt

Prof. Dr. med. Markus Loew  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Rheumatologie / Sportmedizin



# ATOS

Datum, Ort

Unterschrift Patient\*in, ggf. des Erziehungsberechtigten



## Einwilligung zur Behandlung mit privatärztlicher Verrechnung

Name des Patienten \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Namen und Geburtsdatum des Hauptversicherten  
\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherung/Beihilfe \_\_\_\_\_

Ich wünsche und erbete, dass die bei mir durchgeführte Behandlung ab

\_\_\_\_\_ (Datum)

privatärztlich (durch den jeweiligen behandelnden Arzt)

**Dr. med. Sven Lichtenberg, Prof. Dr. med. Holger Schmitt,  
Prof. Dr. med. Marc Schnetzke, Prof. Dr. med. Rudi G. Bitsch,  
Dr. med. Gregor Berrsche, Prof. Dr. med. Sébastien Hagmann**

durchgeführt und entsprechend abgerechnet wird.

Mit der Liquidation nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) gemäß §§ 1 bis 12 bin ich einverstanden. Ich verpflichte mich, dass nach der GOÄ (unter Betrachtung der Höchstsätze § 12 GOÄ (max. 3,5-fach)) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern eine Versicherung und/oder eine Beihilfestelle es nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

### Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der untenstehende Leistungserbringer

zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbeitrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

### Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg

(im Folgenden „Verrechnungsstelle“)

Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer, die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.

- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die auf der Rückseite stehenden Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben.
- Eine Ausfertigung dieser Erklärung kann mir auf Wunsch als Kopie ausgehändigt werden.

X

Datum und Unterschrift des Patienten, ggf. des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

DEUTSCHES GELENKZENTRUM HEIDELBERG in der ATOS Klinik Heidelberg · Bismarckstraße 9-15 · D-69115 Heidelberg Fon: +49-6221-983-180 · Fax: +49-6221-983-189 · www.deutsches-gelenkzentrum.de ·

Schulter- und Ellenbogenchirurgie  
Sporttraumatologie

Dr. med. Sven Lichtenberg  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Prof. Dr. med. Marc Schnetzke  
Orthopädie / Unfallchirurgie Spezielle  
Unfallchirurgie

Hüft- und Kniechirurgie  
Sporttraumatologie

Prof. Dr. med. Holger Schmitt  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin / Rheumatologie

Dr. med. Gregor Berrsche  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Hüft- und Knieendoprothetik

Prof. Dr. med. Rudi G. Bitsch  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie

Kinder- und Neuroorthopädie  
Fußchirurgie

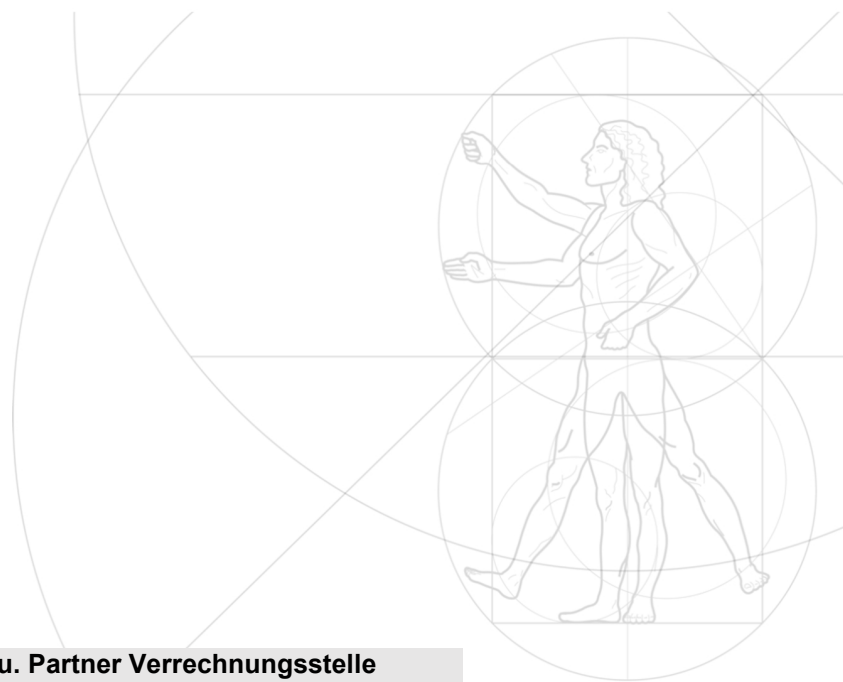
Prof. Dr. med. Sébastien Hagmann  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie  
Kinderorthopädie

Angestellter Facharzt

Prof. Dr. med. Markus Loew  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Rheumatologie / Sportmedizin



**ATOS**



## Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die vorstehend abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Anderenfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU-Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

**Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg**

**Tel.: 0911 98478 301 - eMail: [datenschutz@verrechnungsstelle.de](mailto:datenschutz@verrechnungsstelle.de)**

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Schulter- und Ellenbogenchirurgie  
Sporttraumatologie

Dr. med. Sven Lichtenberg  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Prof. Dr. med. Marc Schnetzke  
Orthopädie / Unfallchirurgie Spezielle  
Unfallchirurgie

Hüft- und Kniechirurgie  
Sporttraumatologie

Prof. Dr. med. Holger Schmitt  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin / Rheumatologie

Dr. med. Gregor Berrsche  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Hüft- und Knieendoprothetik

Prof. Dr. med. Rudi G. Bitsch  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie

Kinder- und Neuroorthopädie  
Fußchirurgie

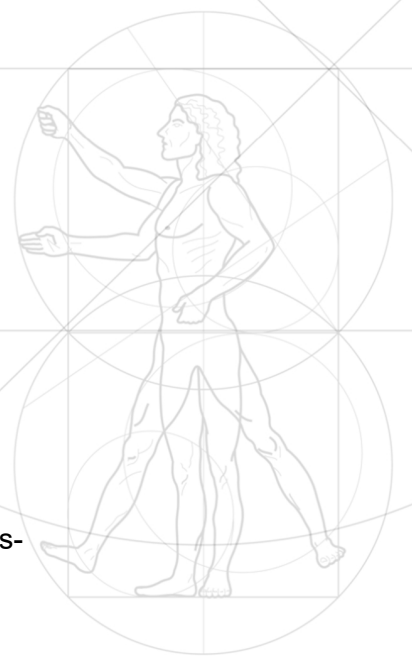
Prof. Dr. med. Sébastien Hagmann  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie  
Kinderorthopädie

Angestellter Facharzt

Prof. Dr. med. Markus Loew  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Rheumatologie / Sportmedizin



**ATOS**



## **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung:**

Im Rahmen meiner Behandlung werden Daten über meine Person, meinen sozialen Status und meine Gesundheit erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das DEUTSCHE GELENKZENTRUM HEIDELBERG

- die zur Erstellung von Kostenvoranschlägen benötigten Daten an die ATOS Klinik Heidelberg GmbH & Co. KG übermittelt.
- die zur Vorbereitung der Behandlung benötigten Daten an die ATOS Klinik Heidelberg GmbH & Co. KG und an weitere in die geplante Behandlung eingebundene Ärzte übermittelt.
- im Rahmen von Zertifizierungsverfahren, denen sich das Deutsche Gelenkzentrum Heidelberg unterzieht, meine Behandlungsdaten von unabhängigen Zertifizierungsstellen zur Wahrung von Qualitätsstandards genutzt werden.
- sich zur Verarbeitung meiner elektronisch gespeicherten Daten teilweise externer Dienstleister (z.B. Rechenzentren, Softwarehäuser, Softwarespezialisten) bedient, um einen ordnungsgemäßen Betrieb von informationstechnischen Systemen zu gewährleisten.
- die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei Bedarf an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.
- die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Möchten Sie, dass Ihr Befundbericht auch an Ihren Hausarzt gesendet wird? Dann tragen Sie bitte hier die Adresse Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin ein:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Hausarztes

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem behandelnden Arzt widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt.

**Eine Information zu den aktuellen Datenschutzregelungen habe ich erhalten, gelesen und verstanden. (EU-Datenschutz-Grundverordnung)**

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

DEUTSCHES GELENKZENTRUM HEIDELBERG in der ATOS Klinik Heidelberg · Bismarckstraße 9-15 · D-69115 Heidelberg  
Fon: +49-6221-983-180 · Fax: +49-6221-983-189 · www.deutsches-gelenkzentrum.de ·

Schulter- und Ellenbogenchirurgie  
Sporttraumatologie

Dr. med. Sven Lichtenberg  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Prof. Dr. med. Marc Schnetzke  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Unfallchirurgie

Hüft- und Kniechirurgie  
Sporttraumatologie

Prof. Dr. med. Holger Schmitt  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin / Rheumatologie

Dr. med. Gregor Berrsche  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Sportmedizin

Hüft- und Knieendoprothetik

Prof. Dr. med. Rudi G. Bitsch  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie

Kinder- und Neuroorthopädie  
Fußchirurgie

Prof. Dr. med. Sébastien Hagmann  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie  
Kinderorthopädie

Angestellter Facharzt

Prof. Dr. med. Markus Loew  
Orthopädie / Unfallchirurgie  
Rheumatologie / Sportmedizin



**ATOS**