

Patient:

Familienname: Vorname Akad. Grad:
Versicherungsnummer Geburtsdatum
PLZ Ort: Straße Haus Nr.
Handy: Festnetz:

Hauptversicherer:

Familienname: Vorname Akad. Grad:
Versicherungsnummer Geburtsdatum

Krankenkasse:

ÖGK BVAEB-OEB BVAEB-EB SVS-GW SVS-LW KFA
 Sonstige Krankenkassen:..... Privatversicherung bei

Rezeptgebührenbefreit: Ja, Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zusatzversicherung:

Ja, Krankenkass für Mehrbettzimmer **SKM** Einbettzimmer **SKE**
 Ja, Wahlarzt

Zusatzversicherung bei:

Uniqa Wr. Städtische Generali Muki Wüstenrot Andere

Nein, keine Zusatzversicherung Keine Angabe gewünscht

Einwilligungserklärung

Ich stimme zu, dass die Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum Betriebsges.m.b.H. sowie die ebendort betriebene Ordination von OA Dr. Manfred Neumaier, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten)

- an andere Ärzte, Physiotherapeuten, Heilmasseure oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben zum Zweck eines optimalen Behandlungsablaufes übermitteln sowie anfordern kann

Bitte Folgeseite beachten!

- an die folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden darf (in diesem Fall muss zwingend auch eine Telefonnummer angegeben werden, da zum Öffnen des Dokumentes ein Kennwort an die Telefonnummer verschickt wird):

E-Mail:

Ich stimme zu, dass meine Honorarnote an die von mir angegebene Krankenkasse übermittelt wird. Die Krankenkasse tätigt die Überweisung an das von Ihnen zuletzt angegebene Konto. Änderungen der Kontodaten sind der Krankenkasse direkt zu melden und werden in der Ordination nicht erfasst.

- JA (nur möglich bei ÖGK, SVS und BVA)
- NEIN

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Als ehemaliger Patient/Patientin der Ordinationen Dr. Johannes Gründler, FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Dr. Teresa Nowotny, Fachärztin für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Ärztin für Allgemeinmedizin willige ich ein, dass oben genannte Patientendokumentation von OA Mag. Manfred Neumaier FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und seinen Vertretern eingesehen und weitergeführt werden darf.

Obenstehende Einwilligungen kann ich jederzeit mittels Brief an Villa Medica, Neusiedlerstraße 19, 2340 Mödling oder per E-Mail an office@villa-medica.at widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Ich habe diese Informationen gewissenhaft gelesen und erkläre mich einverstanden.

Meine Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt und an keine anderen als die oben angeführten Personen bzw. Einrichtungen weitergegeben.

.....
Datum

.....
Unterschrift