

## ANMELDEBOGEN

### Allgemeine Hauterkrankungen

### Allgemeiner Teil

Herzlich willkommen bei HAUTE ESTHETIQUE® - Ihre Privatpraxis für Dermatologie & Ästhetik

Unser Praxisteam möchte Ihnen den Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer elektronischen Patientenakte und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung sowie eines besseren Zeitmanagements benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Für eine Terminvereinbarung kontaktieren Sie uns bitte telefonisch unter **0351 4241840** bzw. nutzen Sie alternativ unsere Online-Terminbuchung. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Webseite [www.haute-esthetique.de](http://www.haute-esthetique.de) im Menüpunkt **Termin & Service**.

#### Persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf (seit) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Hausarzt/ Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Sind Sie Patientin/ Patient einer privaten (PKV)  oder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV)  - Selbstzahler?

Name der Kasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den Anmeldebogen, die Einverständniserklärung zur Kostenübernahme und den Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs ausgefüllt per Post/ Mail an **HAUTE ESTHETIQUE**, Hermisdorfer Str. 16, 01159 Dresden oder [praxis@haute-esthetique.de](mailto:praxis@haute-esthetique.de) zurück.

Bitte beachten Sie, zum Ersttermin Ihre gesamten **medizinischen Pässe** (Allergie-, Tumor-, Herzpass etc.), den **Medikamentenplan** Ihres behandelnden Arztes bzw. die **Beipackzettel** mitzubringen sowie Ihren **Personalausweis/ Krankenversicherungskarte** mitzubringen.

Vielen Dank. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Ihre Dr. Gabriela Vashina-Georgi und das Praxisteam von HAUTE ESTHETIQUE®

Datum \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

## ANMELDEBOGEN

### *Allgemeine Hauterkrankungen*

### Patienteninformation zur Kostenübernahme & Terminvergabe

Name des Patienten in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine privatärztliche dermatologische Beratung und Behandlung durch Frau Dr. Vashina-Georgi.

Die Erstellung der Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 01.05.2001 und den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Davon abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit können nicht berücksichtigt werden, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Falls notwendig werden sogenannte Analogziffern zur Anwendung gebracht. Analogziffern betreffen Leistungen, die in der aktuellen GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

Gemäß §5, Absatz 2, GOÄ (Umstände bei der Ausführung) kann unter berechtigten Voraussetzungen bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche und 2,5-fachen Satz für technische Leistungen (außer KVB-Vertrag Beitragsklasse I-III) abgerechnet werden.

Hiermit verpflichte ich mich zur Begleichung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen, ohne Rücksicht darauf, ob mir Ansprüche gegen eine private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen zustehen. Die Klärung solcher privater Versicherungsverhältnisse übernehme ich selbst.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass für meine Behandlung evtl. notwendige Labor- und Gewebeuntersuchungen auf meine Kosten vorgenommen werden und Terminerinnerungen/ Recalls per E-Mail an mich versandt werden.

In der Regel werden die Leistungsforderungen von den privaten Versicherungen bzw. Beihilfestellen übernommen. Da dies jedoch nicht im Ermessen des Arztes liegt, der zudem keinen Einblick in einzelne Versicherungsverträge hat, darf seitens des Patienten/der Patientin keine Kürzung vorgenommen werden, sollte der Erstattungsbetrag nicht dem Rechnungsbetrag entsprechen.

Es wird hiermit ausdrücklich ein Behandlungsvertrag zwischen Patient/ Patientin und Hautarzt geschlossen.

Wir möchten an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass Patientinnen/ Patienten der gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen unserer Praxis nur als Selbstzahler\*innen in Anspruch nehmen können.

Ihre Zufriedenheit ist unser Anliegen. Für ein bestmögliches Terminmanagementsystem haben wir daher für Sie effiziente Strukturen etabliert. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Rechnungslegung durch HAUTE ESTHETIQUE® aufgeklärt wurden. Gleichzeitig erkennen Sie unsere Regularien hinsichtlich Terminvergaben bzw. Terminabsagen an.

Unsere Praxis arbeitet ausschließlich mit einem festen Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir einen Termin exklusiv für Sie reservieren. Daher sind wir bei kurzfristigen Absagen meist nicht in der Lage, den Termin anderweitig zu vergeben.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie bitten, uns entweder per Telefon (0351 4241840) oder E-Mail ([praxis@haute-esthetique.de](mailto:praxis@haute-esthetique.de)) spätestens **48 Stunden** vorher zu informieren. In dem Falle, dass der vereinbarte Termin für einen Montag geplant war, sagen Sie uns bitte bis zu dem vorhergehenden Freitag ab.

Falls Sie zu Ihrem Termin ohne Absage nicht erscheinen, behalten wir uns vor, Ihnen **ein Ausfallhonorar in Höhe der ausgefallenen Leistung mindestens aber 75,00 Euro** in Rechnung zu stellen. Bitte beachten Sie auch die Hinweise bezüglich Ihrer individuellen Vorbereitung auf einen Behandlungstermin. Alle hierfür notwendigen Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter **Termin & Service/ Untersuchungsvorbereitung**.

Ich hatte ausreichend Zeit, diese Information zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar dieser Information erhalten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.



Patientenname in Druckbuchstaben:

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: HAUTE ESTHETIQUE – Privatpraxis für Dermatologie & Ästhetik  
Dr. Gabriela Vashina-Georgi  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Adresse: Hermsdorfer Straße 16, 01159 Dresden

Kontakt Daten: Tel.: 0351 424184-0  
Mail: info@haute-esthetique.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: Sven Georgi

Anschrift: Hermsdorfer Straße 16, 01159 Dresden

Kontakt Daten: Tel.: 0351 424184-102  
Mail: info@haute-esthetique.de

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Labore, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.



#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Sächsischer Datenschutzbeauftragter  
Anschrift: Devrientstraße 5, 01067 Dresden  
Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam von HAUTE ESTHETIQUE

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme der Patienteninformation zum Datenschutz gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und erkläre meine Einwilligung zum oben dargelegten Umgang mit meinen personenbezogenen Daten in der Praxis HAUTE ESTHETIQUE.

Dresden, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Einverständniserklärung zur Verwendung personenbezogener Fotos

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ein angenehmes und vertrauensvolles Arzt- Patientenverhältnis sowie hohe Qualitätsstandards liegen uns am Herzen. Deshalb möchten wir, falls erforderlich, videodermatoskopische Aufnahmen Ihrer individuellen Hautveränderungen anfertigen und diese in Ihrer persönlichen Patientenakte abspeichern. Der Vorteil hierbei liegt in einer späteren Vergleichbarkeit sowie einer schnelleren Lokalisierung bei eventuellen ambulanten Eingriffen.

Wir bitten Sie daher um folgende Einwilligung:

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis **HAUTE ESTHETIQUE** videodermatoskopische Aufnahmen meiner individuellen Hautveränderungen für meine persönliche Patientenakte vor, während bzw. nach dem Eingriff oder der Behandlung anfertigt.*

*Diese Bilder dienen neben der Planung von Behandlungen insbesondere auch ihrer Dokumentation.*

*Das Bildmaterial wird mindestens 10 Jahre lang gespeichert werden.*

*Ich habe als Patient auch die Möglichkeit, mir das angefertigte Bildmaterial zur eigenen Verwendung in digitaler Form herausgeben zu lassen. Dies berührt nicht die weitere Verwendung durch Dr. Gabriela Vashina-Georgi.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Praxisteam von **HAUTE ESTHETIQUE**

Dresden, den \_\_\_\_\_

Name des Patienten in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin/ des Patienten: \_\_\_\_\_



## Einverständniserklärung elektronischer Rechnungsversand & Newsletterabonnement

Name und Vorname der Patientin/ des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Patientin/ des Patienten: \_\_\_\_\_

Mailadresse des Patienten/ der Patientin: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Rechnungslegung erfolgt in unserer Praxis in der Regel direkt nach der Behandlung bzw. nach dem Eingriff vor Ort. In den Fällen, wo dies aus praxis- und therapieorganisatorischen Gründen nicht möglich ist, möchten wir Ihnen die Rechnung gern auf elektronischem Wege zukommen lassen.

Bitte ankreuzen: Einverständnis Ja (  ) / Nein (  )

Möchten Sie unseren Newsletter abonnieren und damit über Neuheiten in unserer Praxis sowie aktuelle Angebote per Email informiert werden.

Bitte ankreuzen: Einverständnis Ja (  ) / Nein (  )

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Rechtsgrundlage: Das Umsatzsteuergesetz, §14 Abs. 3 bietet die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den elektronischen Rechnungsversand. Auch bei der elektronischen Rechnung gelten die Aufbewahrungspflichten im Ursprungszustand entsprechend den Anforderungen der Abgabeordnung (AO).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam von **HAUTE ESTHETIQUE**

## ANMELDEBOGEN

### *Allgemeine Hauterkrankungen*

### Fragenbogen zur Vorbereitung der Erstuntersuchung

Name des Patienten in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Falls notwendig, nutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes für eine ausführlichere Beschreibung. Vielen Dank.

#### **Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand**

1. Sind bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen bekannt oder leiden Sie an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA etc.)?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Haben Sie andere Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Diagnosen angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente wegen Ihrer Grunderkrankung (auch Akutmedikamente wie Schmerzmittel, Antibiotika etc.) oder homöopathische Präparate ein?

Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Müssen Sie wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung Betablocker in Tablettenform einnehmen oder Augentropfen verwenden?

Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente ein?

Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_



6. Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit, Kontrastmittelallergie, Narkoseallergie?

Nein  Ja, bitte angeben

\_\_\_\_\_  
*(Bitte Allergiepass mitbringen.)*

7. Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?

Nein  Wenn ja, bitte ankreuzen und angeben mit welchen Ergebnissen?  
 Epikutantest  Prick Test  RAST Test  IgE- Antikörperbestimmung

\_\_\_\_\_  
*(Bitte Allergiepass mitbringen.)*

8. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Hyposensibilisierung durchgeführt.

Nein  Ja, bitte angeben wann, wie lange, mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Haben Sie eine Latex- oder Pflasterallergie?

Nein  Ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

10. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit weißer Hautkrebs (Plattenepithel- bzw. Basalzellkarzinom), schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) oder andere Hautkrebsformen diagnostiziert und behandelt?  Nein

Wenn ja, bitte Hautkrebsform, Therapie, wann, bei Operation Details angeben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Bitte die alten Entlassungsbriefe, den Tumormapass sowie die alte Dokumentation zum Ersttermin in die Praxis mitbringen.)*

11. Wurden Ihnen in der Vergangenheit aufgrund von Hauterkrankungen bzw. anderen Krankheiten Kuren, Heilverfahren oder sonstige Reha-Maßnahmen verordnet?

Nein  Ja, bitte angeben (Wie oft, wie lang, wo, wann?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



HAUTE ESTHETIQUE®  
PRIVATPRAXIS FÜR DERMATOLOGIE & ÄSTHETIK

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Mitarbeit. Sollten Sie bei der Beantwortung einiger Fragen Schwierigkeiten gehabt haben, so besprechen wir diese Punkte gern mit Ihnen in unserer Sprechstunde.

HAUTE ESTHETIQUE®

HAUTE COSMETIQUE®



Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.