

Dipl. Med. S. Polanski
 Facharzt für Urologie
 Goethestr. 4
 56179 Vallendar
 Tel. 0261 - 68092 • Fax 0261 - 63849
 4756050

Sehr geehrte Patientin,
 sehr geehrter Patient,

meine/unsere Rechnungen bearbeitet



Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten

Die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg-Lahn GmbH, Auf der Heide 2, 65553 Limburg (PVS), ist bereits 1924 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS unterliegen – wie der Arzt/Zahnarzt selbst – gemäß §203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PVS zum Einzug abgetreten werden. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und der behandelnde Arzt/Zahnarzt könnte gegebenenfalls als Zeuge gehört werden. Der Arzt bleibt aber in jedem Fall Herr des Verfahrens.

Datum

Unterschrift

FO-05-617 V3

Anmeldung für Privatpatienten

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Beruf _____ dienstl. Telefonnummer _____

Straße _____ private Telefonnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Arbeitgeber _____

Krankenversicherung / Kostenträger _____ Tarif _____

Hausarzt / überweisender Arzt _____

Sehr geehrte Patienten
aufgrund der aktuellen Situation bitten wir Sie folgende
Fragen nach besten Wissen und Gewissen, zu Ihrer
und unserer Sicherheit, auszufüllen:

Name: _____ Datum: _____

Beruf: _____

Bei Frauen, letzte Periode: _____

Hatten Sie Kontakt zu einer positiv getesteten Person: ja nein

Wurde bei Ihnen eine Covid-19 Infektion festgestellt: ja nein

wenn ja, **WANN** (bitte Symptome während der Infektion ankreuzen) _____

Ist bei Ihnen schon mal ein Abstrich im Nasen/Rachen Raum vorgenommen worden? Ja nein

Datum des letzten Abstriches: _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Symptome?

Husten: ja ___ nein ___

Schnupfen: ja ___ nein ___

Magenschmerzen: ja ___ nein ___

Durchfall: ja ___ nein ___

Atemnot: ja ___ nein ___

Ausschlag: ja ___ nein ___

Nierenschmerzen: ja ___ nein ___

Herzrasen oder Herzstolpern: ja ___ nein ___

Gefäß Schmerzen (brennendes Gefühl der Venen): ja ___ nein ___

Verlust des Geruchs- oder Geschmack Sinnes: ja ___ nein ___

Verdickte Lymphknoten: ja ___ nein ___

Fieber: ja ___ nein ___

Abgeschlagenheit oder übermäßige Müdigkeit: ja ___ nein ___

Gewichtsverlust: ja ___ nein ___

Appetitlosigkeit: ja ___ nein ___

Gürtelrose / Herpes: ja ___ nein ___

Kopfschmerzen: ja ___ nein ___

Masern/Röteln/Mumps Impfung im Laufe des Lebens: ja ___ nein ___

Corona Impfung wenn ja, **WANN** und mit welche

IMPfstoff _____

1. Impfung Datum: _____ 2. Impfung Datum: _____

3. Impfung Datum: _____ 4. Impfung Datum: _____

Sollten Sie wissentlich falsche Angaben machen, werden wir die Unterlagen zur rechtlichen Prüfung, wegen Gefährdung unserer Gesundheit weiterreichen !!!

Unterschrift : _____

Anmeldeformular / Gesundheitsfragebogen

Liebe Patienten,
wir bitten Sie diesen Fragebogen zu Ihrer eigenen Sicherheit gewissenhaft zu beantworten.
Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz.
Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte unsere Mitarbeiterinnen.

Vor- und Nachname des Patienten: _____
Telefonnummer / Handy: _____
Fax Nr.: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Gewicht: _____ Größe: _____
Erkrankungen in der Familie: _____

	<u>ja</u>	<u>nein</u>
Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen:	_____	_____
Leiden Sie an Diabetes mellitus:	_____	_____
Rauchen Sie, wenn ja wie viel: _____	_____	_____
Hatten / Haben Sie Tuberkulose (Tbc):	_____	_____
Haben Sie Allergie ?	_____	_____
Wenn ja, welche: _____	_____	_____
Sind Sie HIV pos.:	_____	_____
Leiden Sie an Hepatitis? Wenn ja, welche Form:	_____	_____
Leiden Sie an Asthma:	_____	_____
Leiden Sie an grünem Star:	_____	_____
Leiden Sie unter Angstzuständen:	_____	_____
Haben Sie Bluterkrankungen / Blutungsneigung:	_____	_____
Ist bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf auffällig:	_____	_____
Haben / Hatten Sie ein Leberleiden:	_____	_____
Haben Sie ein Schilddrüsen Leiden:	_____	_____
Sind Sie Schwanger:	_____	_____
Sind Sie schon mal operiert worden:	_____	_____
Wenn ja, in welchem Bereich und wann:	_____	_____

Haben Sie Prothesen:	_____	_____
Wenn ja, wo: _____	_____	_____
Hatten Sie eine Corona Infektion / Antikörper:	_____	_____
Sind Sie gegen Covid-19 geimpft:	_____	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:	_____	_____
Wenn ja, welche: _____	_____	_____
Grund der heutigen Vorstellung: _____	_____	_____

Datum und Unterschrift: _____