

## PATIENTENBLATT

Vorname

Familienname

Geschlecht

Weiblich

Männlich

Geburtsdatum

T

T

M

M

J

J

J

J

Privat Versicherung

## ANSCHRIFT

Adresse

PLZ /  
Stadt



Email

Telefon

## MED. INFO

Hausarzt

PLZ

Allergien

Nein

Ja

Welche?

Wie haben Sie von UROMED erfahren?

Freunde/  
Bekannte

Google

Facebook  
Instagram

Arzt/Ärztin  
Welche/r?

Sie erklären, dass Sie mit der automationsunterstützten (elektronischen) Verarbeitung Ihrer Daten (einschließlich Gesundheitsdaten) durch Doz. DDR. Mehmet Özsoy insbesondere zum Zweck der Terminvereinbarung, Erinnerung zur Vorsorge und Verwaltung sowie der Administration (einschließlich Verrechnung) einverstanden sind.

Datum und Unterschrift

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

sofern nichts anderes schriftlich vereinbart wurde, gelten in unserer Ordination die folgenden Bedingungen für die Inanspruchnahme unserer ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienstleistungen.

1. Bei jeder Inanspruchnahme von Sozialversicherungsleistungen sowie bei jedem Besuch in unserer Ordination müssen Sie Ihre E-Card oder einen amtlichen Lichtbildausweis vorlegen. Sollten Sie Ihre E-Card oder Ihren Ausweis vergessen haben oder nicht vorlegen können, können wir Sie leider nicht als Kassenpatient annehmen.
2. Sollten Sie während des Quartals einen anderen Facharzt der Urologie aufgesucht haben, können wir Sie erst im nächsten Quartal als Patient annehmen.
3. Durch die Anmeldung in der Ordination bzw. durch die Behandlung unserer Ärzte wird ein einzelner Behandlungsvertrag abgeschlossen.
4. Sollten Leistungen anfallen, welche von Ihrer Krankenkasse nicht bezahlt werden, sind die dafür anfallenden Kostenersätze, Honorare oder sonstigen Entgelte bei Rechnungserhalt zu begleichen.
5. Versicherungsschutzausschluss: Bestimmte, in unserer Ordination erbrachte Leistungen, insbesondere eine Privatordination, sexualmedizinisches Gespräch, Spermiogramm, Urodynamik oder Vasektomie sind Privatleistungen, welche durch Ihre Krankenkasse nicht rückvergütet werden. Auch wenn Sie eine private Krankenversicherung haben, besteht keine Garantie für den Umfang und Höhe der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung.
6. Wir übernehmen keinerlei Haftung für Ihre in unsere Ordination mitgebrachten Gegenstände.
7. Termine: Für uns ist es wichtig, dass alle Patienten in unserer Ordination möglichst kurze Wartezeiten haben. Deshalb ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten oder rechtzeitig absagen. Sie können Termine 24 Stunden vor Terminbeginn schriftlich unter (storno@uromed.at) absagen. Bei nicht fristgerechter Absage können wir einen pauschalen Aufwandsersatz bis zu 100€ verrechnen. Sollte eine schriftliche Terminabsage nicht möglich sein, nehmen wir auch telefonische Absagen entgegen. Um allfällige Stornokosten zu vermeiden, empfehlen wir Ihnen eine schriftliche Terminabsage. Sofern Sie einen Privattermin (keine Kassenleistungen, wie oben angeführt) nicht 24 Stunden vorher absagen, sind wir in diesem Falle berechtigt einen Aufwandsersatz von 100€ zu verrechnen. Bei einer geplanten Vasektomie sind Sie verpflichtet spätestens eine Woche vor dem Termin abzusagen, bei Nichteinhaltung der Frist sind wir berechtigt einen Aufwandsersatz von 650€ zu verrechnen. Jedenfalls wird bei Absage einer Vasektomie, 150€ für das Aufklärungsgespräch und der Prämedikation fällig. Sollte der Termin für eine Vasektomie mehr als 2x verschoben werden, sind wir auch hier berechtigt 150€ als Aufwandsentschädigung zu verrechnen.
8. Befundabfrage und Terminvereinbarung: Wenn Sie cgm-life.at zur Terminvereinbarung verwenden, erklären Sie sich damit einverstanden, dass die benötigten Daten zum Zwecke der Terminvorbereitung – und vereinbarung gespeichert und weiterverwendet werden. Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.
9. Sie erklären sich damit einverstanden, dass die elektronische Verarbeitung ihrer Daten (Terminvereinbarung, Verwaltung und Administration, einschließlich Gesundheitsdaten) durch Dr. Mehmet Özsoy und Uromed – Kompetenzzentrum Urologie stattfindet. Außerdem stimmen Sie zu, dass wir Ihre Daten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung Sie sich befinden oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum:

Name:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift