



Dr. med. Astrid Neuy-Lobkowitz, Arabellastr. 17, 81925 München

Anmeldeformular :

Hiermit möchte ich mich für eine fachärztliche Behandlung bei Frau Dr. med. Astrid Neuy-Lobkowitz anmelden.

Die Honorarabrechnung erfolgt stets nach GOÄ zum 3,5 fachen Satz. Dieser Abrechnungsmodus wird diagnosebedingt und wegen erhöhten Anforderungen an Diagnostik und Behandlung von den privaten Krankenversicherungen in aller Regel akzeptiert. Das Honorar ist auch dann zu tragen, wenn es die Versicherungen oder Beihilfestellen nicht in vollem Umfang übernehmen.

Hinweis für gesetzlich versicherte Selbstzahler:

Eine Abrechnung über die gesetzlichen Krankenkassen ist nicht möglich. Wir können ihnen allerdings eine Empfehlung für den Antrag auf Kostenerstattung durch die Krankenkasse zusenden. Da auch in München nur wenige Fachärzte fundierte Erfahrung mit der Diagnostik und Behandlung von ADHS haben, erstatten manchmal die Krankenkassen meine Leistungen. Die von mir abgerechnete GOÄ-Honorar entspricht in etwa der Vergütung der gesetzlichen Krankenkasse nach EBM für die fachärztliche Erstdiagnostik .

Das Erstgespräch mit Diagnostik, Testung und ggf. Therapieerörterung kostet ca. 190 € für gesetzlich Versicherte (Honorarabrechnung nach GOÄ).

Wir bitten um Rücksendung dieser Anmeldung innerhalb **3 Tagen**, da wir andernfalls den Termin weiter vergeben.

Dieser Termin ist ausschließlich für Sie reserviert! Sollten Sie aus irgendeinem Grund den Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um eine rechtzeitige Absage (**48 Stunden vorher** per Fax, 06021-4428833, Mail : mail-an-praxis@gmx.de, oder doctolib), damit wir den Termin anderen Patienten zur Verfügung stellen können.

Bei späterer oder fehlender Absage wird Ihnen der vereinbarte Termin in Rechnung gestellt, sofern er nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Wir rechnen mit der privatärztlichen Verrechnungsstelle **Mediserv** ab. Dazu müssen Ihren Namen, Ihre Adresse, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten an **Mediserv** übermittelt werden. Mit ihrer Unterschrift erklären sie Ihr Einverständnis zur Abrechnung über dieses Rechenzentrum. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Wenn sie mit uns über Mail oder Telefon in Kontakt treten, erklären sie damit, stets widerruflich, Ihr datenschutzrechtlich relevantes Einverständnis mit dieser Kommunikationsform.

Unterschrift:

Datum:



Vorname.....**Nachname**.....

Geburtsdatum:

Krankenkasse:.....

Wohnort:.....

Strasse.....

Telefon:**Mobil:**.....

e-mail:.....

Hausarzt mit Adresse:.....

Anlass der ärztlichen Behandlung:.....

Beruf:.....

Der folgende Termin wurde vereinbart:.....

Um eine schnelle Diagnose und Therapieplanung zu ermöglichen, bitten wir Sie vorab um folgende Informationen:

- ° Bitte füllen Sie den **beiliegenden Fragebogen** sorgfältig aus und bringen sie alle **Vorbefunde** und **Arztberichte** mit, die für die Behandlung wichtig sind.
- ° Bitte schreiben Sie selbst einen **Lebenslauf** mit den Fakten und Ereignissen, die Sie für wichtig halten und schreiben sie eine **Liste** mit Problemen, warum sie jetzt in Behandlung kommen und was sie in ihrem Leben erreichen oder verändern wollen.
- ° Wenn es bei Ihnen um die Abklärung einer ADHS geht, bringen Sie bitte alle **vorhandenen Schulzeugnisse** und eine **Beschreibung Ihrer Eltern mit**, wie Sie als Kind waren und welche Probleme es in Ihrer Kindheit für Sie und mit Ihnen gab.

Mit diesen Informationen erleichtern Sie uns eine schnelle Diagnostik und eine individualisierte und passgenaue Therapieplanung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz