



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

Anmeldeformular :

Hiermit möchte ich mich für eine Behandlung bei
Frau Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz / Dr. Franz 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. Das Erstgespräch mit Diagnostik, Testung und ggf. Therapieerörterung kostet ca. 240 € für gesetzlich versicherte Selbstzahler (Honorarabrechnung nach GOÄ).

Wir bitten um **Rücksendung dieser Anmeldung innerhalb 6 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 Mail : zentrum@neuy.eu, oder über doctolib.de),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.

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

Unterschreiben Sie bitte auf den Seiten 1, 3 und 5

Datum:..... Unterschrift:.....



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

Geburtsdatum:.....

Krankenkasse:.....

Postleitzahl**Wohnort:**.....

Straße/Nr......

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



Patienteninformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als sog. Auftragsverarbeiter tätig.

Für die online-Terminbuchung gelten die Datenschutzbestimmungen, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Auch für Patienten ohne Nutzerkonto auf doctolib.de setzen wir das Doctolib Kalendersystem ein, um alle Termine einheitlich zu verwalten und uns in erster Linie auf unsere Patienten zu konzentrieren. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an.

Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Gemäß der DSGVO steht Ihnen jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Datenübertragung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten zu. Sie können, sofern einschlägig, der Verarbeitung widersprechen oder eine etwaige Einwilligung widerrufen. Sie haben außerdem das Recht, sich bei einer zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen erhalten möchten, teilen Sie uns das bitte mit !

Datum : _____

Unterschrift: _____

Vor- und Nachname in Druckschrift: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89

E-Mail: service@arztrechnung.de

Fax: 06 81 / 4 0 00 76

Internet: www.arztrechnung.de

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
Ihre Praxis / Klinik

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüsserath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o. g. Anschrift -Abteilung Datenschutz- oder per E-Mail unter datenschutz@mediserv.de erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

4. Herkunft der Daten

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunftsteilen herangezogen werden.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunftsteile mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach an-

gemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftsteile ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

7. Dauer der Datenspeicherung

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Behandlerin/Behandler an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Behandlerin/Behandler an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Behandlerin/Behandler insoweit von ihrer/seiner Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunftsteil (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informationen-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit sowie zum Zwecke der Anschriftenermittlung und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Behandlerin/Behandler sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)