diagnosticum
Zentrum für Humangenetik

Kontaktformular/Anmeldung zur genetischen Beratung

Ratsuchende(r)/Patient(in)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Überweisender Arzt: _____
(Adresse) _____

Behandelnder Arzt: _____
(Adresse) _____

Sind Sie bereits genetisch beraten worden? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, wo: _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ☐ Nein ☐ Ja, letzte Periode am: _____

Wurde Ihnen die genetische Beratung von einem Arzt empfohlen?

☐ Ja ☐ Nein:

Wer hat Ihnen diagnosticum Zentrum für Humangenetik empfohlen?

☐ Arzt, und zwar: _____

☐ Internetrecherche

☐ Sonstige, und zwar: _____

Ihre **Fragestellung** zur Beratung/Verdachtsdiagnose des überweisenden Arztes:

_____

Patienten-Erklärung zur Datenübermittlung

☐ Hiermit willige ich in die Übermittlung der humangenetischen Beratungsinhalte und aller erhobenen Befunde an meinen behandelnden Arzt ein. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit diese Einwilligung schriftlich widerrufen kann.

Mein behandelnder Arzt ist: _____

☐ Ich habe keinen behandelnden Arzt, bzw. möchte seinen Namen nicht angeben.

☐ Ich erteile **keine generelle Genehmigung** zur Weiterleitung von Beratungsinhalten oder Befunden an meinen behandelnden Arzt.

Wichtige Information *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*:

Gesetzlich Versicherter Patient:

☐ Mir ist bekannt, dass ich den Überweisungsschein (Formular 06, Mit-/Weiterbehandlung) und meine Versichertenkarte zum vereinbarten Termin vorlegen oder nach spätestens 4 Wochen nachreichen muss, da mir sonst die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt werden.

Privat Versicherter Patient:

☐ Ich bin Mitglied einer privaten Krankenversicherung und beauftrage ärztliche Leistungen.
Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist die Kosten zu übernehmen.
Für die Rechnung bin ich unabhängig von der Erstattung meiner privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle in voller Höhe zahlungspflichtig.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Sie kommen zur Beratung in eine Praxis, die Beratungstermine nach dem Bestellsystem vergibt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden.

Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Nur so können wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen.

Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen eine Vergütung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden.

Dies gilt für den Fall, dass Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen bzw. schuldhaft versäumt haben, diesen rechtzeitig abzusagen.

Ihr Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund nach § 626 BGB bleibt hiervon unberührt.

Bemerkungen: _____

Ich habe die beigefügten Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13, 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter/ Erziehungsberechtigter