

#### Fachärzte für Neurochirurgie

Dr. med. A. Afsah  
M. - J. Melzer

- Wirbelsäulenerkrankungen
- ISG-Arthropathien
- Chirurgie peripherer Nerven
- Schmerztherapie
- minimalinvasive Operationen

## WICHTIGE INFORMATIONEN

Patientenname: \_\_\_\_\_

#### Weiterleitung medizinischer Daten

Aus datenschutztechnischen Gründen, zum Schutze Ihrer Persönlichkeitsrechte, haben Sie die Möglichkeit der Weiterleitung Ihrer medizinischen Daten an Dritte (andere Ärzte) zu widersprechen. Grundsätzlich werden Ihre Daten in unserer Praxis vertraulich behandelt.

- Ich stimme der Übermittlung eines Arztbriefes und ggf. weiterer Befunde an meinen betreuenden Hausarzt und/oder Facharzt zu.\*
- Ich widerspreche ausdrücklich der Übermittlung eines Arztbriefes und weiteren Befunden an meinen Hausarzt und/oder Facharzt.\*

\* Dies kann nachträglich geändert werden.

#### Nicht abgesagte Termine

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass vereinbarte Termine frühzeitig, spätestens aber **24 Stunden vorher** abzusagen sind. **Reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt und zwar mit \_\_\_\_\_ Euro.**

Es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet. Der Zahlungspflichtige ist darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ist und es für diese Gebühr selbst aufkommen muss.

Von dieser Vereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

\_\_\_\_\_  
Wiesbaden, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger/Vertreter

#### Privatpatienten und Patienten die Leistungen außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse (IGeL) in Anspruch nehmen möchten:

Ich wünsche ausdrücklich die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen. Es ist mir bekannt, dass meine Krankenversicherung/Beihilfestelle eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist auch bekannt, dass die vereinbarten Leistungen von meiner Krankenversicherung/Beihilfestelle nicht erstattet werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind. Von dieser Vereinbarung wurde mir ein Exemplar ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Wiesbaden, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Vertreter