



Liebe Patienten,

**ich freue mich von Herzen über Ihren entgegengebrachten Vertrauensvorschuss.**

Vielleicht haben Sie schon beim Betreten der Praxis bemerkt, dass hier Allgemeinmedizin etwas anders praktiziert werden könnte.

Und das stimmt, denn in dieser Praxis besinnen wir uns auf die Tatsache, dass wir ein Teil der Natur sind. Wir beschäftigen uns mit Diagnostik und Therapie der Ursachen einer Erkrankung, versuchen das bestehende Ungleichgewicht mittels Unterstützung der bereits vorhandener Körpersysteme ins Gleichgewicht zu bringen und bedienen uns dabei vorrangig der Natur selbst. So nutzen wir die gesundheitsfördernde Wirkung von Heilkräutern, Vitaminen und Spurenelementen, aber auch von Fieber (mittels Hyperthermie) oder des Höhentrainings (mittels Intervall-Hypoxie-Hyperoxie-Therapie) aus.

Ich wäge stets schulmedizinische und naturheilkundliche Möglichkeiten ab und entscheide mich mit dem Patienten zusammen für dessen individuell beste Behandlungsmethode. Das ist meine Philosophie einer guten medizinischen Versorgung und ich werde mich stets bemühen, dieser Linie treu zu sein.

**Die Praxis ist derzeit noch eine reine Privatpraxis.**

Ein Kassensitz zur zukünftigen zusätzlichen kassenärztlichen Versorgung ist geplant. Sobald dieser vorliegt werden wir alles, was über Ihre gesetzliche Krankenkasse abrechenbar ist (z. B. konventionelle schulmedizinische Beratungen und Untersuchungen in Form einer Akutsprechstunde bis zu einer Dauer von 15 Minuten), Vorsorgeuntersuchungen von Kindern, Ultraschall, EKG, Standardlabor, Spirometrie, Impfung etc.), konsequent auch über diese abrechnen.

Leider werden fast alle naturheilkundlichen und umweltmedizinische Leistungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlt und müssen daher auch mit Kassensitz privat zuzahlende Leistungen bleiben. Die Beschränkung auf Diagnostik und Therapie, die von gesetzlichen Kassen bezahlt werden, beschneidet uns in vielen, tollen Möglichkeiten des eigentlich Machbaren im Prozess der Gesundung und Gesunderhaltung.

Diese Praxis ist eine Entscheidung für einen Weg abseits der Mainstream-Medizin.

Ein Weg, der sich viele verschiedene Formen der Medizin zu Nutze macht.

Ein Weg, der von dem derzeitigen Gesundheitssystem trotz vorhandener Studienlage, noch nicht anerkannt wird und daher leider auch mit Kosten verbunden sein kann.

**Die gute Nachricht:**

Viele private Krankenversicherungen und Zusatzversicherungen übernehmen meine Leistungen. Achten Sie bei der Auswahl der Versicherung auf die Kostenübernahme der im Hufeland-Verzeichnis enthaltenen Leistungen, dann sind Sie auf der sicheren Seite.

Schön, dass Sie da sind!

Dr. Mariella Wolter



## Datenblatt und Anamnesebogen für Neupatienten

Ihre Angaben fallen unter den Datenschutz und unter die ärztliche Schweigepflicht. Sie werden von uns streng vertraulich behandelt.

<b>Name, Vorname:</b>		
Geburtsdatum:		
Straße, Hs-Nr., PLZ, Ort:		
Tel.Nr.:		Email:
Beruf:		
Krankenversicherung:      GKV                      PKV		
Haben Sie eine Zusatzversicherung bei der Sie unsere Rechnungen einreichen möchten?		
Ja		Nein

### Gesundheitliche Angaben:

Allergien:
<b>Vorerkrankungen:</b> (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Magen- /Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen Nierenerkrankungen, Hautkrankheit, Gelenk- /rheumatische Erkrankung, Infektiöse Erkrankung, Lebererkrankung, Lungenerkrankung, Herzerkrankung, Anfallsleiden, Psychische Erkrankungen)
Körpergröße, -gewicht:
Operationen:
Implantiertes Fremdmaterial:
Amalgam:
Pille/Kupfer-/Hormonspirale:
Regelmäßige Medikamente und Nahrungsergänzung:
Mitbehandelnde Ärzte:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben die Abrechnung unserer privatärztlich erbrachten Leistungen und die Geltendmachung unserer Honoraransprüche an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung dgpar GmbH, Mainzer Str. 97, 65189 Wiesbaden, übertragen. Sie werden künftig unsere Liquidation von der dgpar GmbH erhalten. Über die Einzelheiten möchte ich Sie hier aufklären und um Ihre Zustimmung bitten.

---

---

Vorname, Name, Anschrift Patient/in

---

---

Soweit abweichend: Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger und Anschrift

---

---

Telefon

Email-Adresse

---

---

Geburtsdatum

Krankenversicherung / Kostenträger

---

---

Versicherungstarif

## **Einverständnis in die Erstellung der Honorarrechnung und den Einzug inkl. Abtretung der Honorarforderung**

1. Zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Honoraransprüche der Ärztin/des Arztes

Praxis Dr. Mariella Wolter, Obere Hauptstraße 48-50, 85354 Freising

für alle ärztlichen, therapeutischen und vergleichbaren Tätigkeiten stimme ich hiermit der Weitergabe aller erforderlichen Daten und Informationen an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung dgpar GmbH, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden (DGPAR) zu, die für die Rechnungsstellung, den Forderungseinzug und ggf. der gerichtlichen Geltendmachung beauftragt wurde. Die Weitergabe betrifft dabei insbesondere auch die für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten wie meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation (Diagnosen, Befunde, Behandlungsverlauf), Laborrechnungen, Formulare etc.

Informationen zur Datenverarbeitung der DGPAR finde ich hier: [www.dgpar.de/datenschutz](http://www.dgpar.de/datenschutz)

2. Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die Honorarforderungen aus meiner Behandlung an die DGPARG abtritt. Die DGPARG ist damit berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen und einzuziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen zu beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einzuholen. Einwendungen gegen die Forderung sind im Streitfall gegenüber der DGPARG zu erheben. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung kann mein Arzt als Zeuge vernommen werden.  
Die DGPARG ist berechtigt, die Forderung als Sicherheit zur eigenen Refinanzierung abzutreten und zur diesbezüglichen Verwaltung an die A.B.S. Global Factoring AG, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, weiterzugeben. Das Einverständnis umfasst dabei auch eine Datenübermittlung gemäß Ziffer 1 dieser Erklärung nur, sofern und soweit dies erforderlich ist.
3. Ich entbinde meinen Arzt von seiner gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen durch die DGPARG, einschließlich der Abtretung zur Refinanzierung erforderlich ist.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgt ist.

Für Hinweise zu unserer Datenschutzerklärung, wenden Sie sich gerne an unser Praxisteam.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in

Hinweis:

Wir rechnen sämtliche Leistungen gern. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Bei der Abrechnung findet der sogenannte "Schwellenwert" Anwendung. Dieser liegt für rein ärztliche Leistungen, für technische Leistungen und für Laborleistungen beim zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung vereinbarten Versicherungstarif des jeweiligen Einzelsatzes. Für besonders schwierige oder zeitaufwendige Leistungen (bzw. Zusatzuntersuchungen) kann sich der Faktor für ärztliche Leistungen - mit entsprechender Begründung - auf das 3,5fache erhöhen.

Hiermit erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle erbrachten ärztlichen Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und, soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist, der Rechnungsbetrag von Ihnen selbst zu begleichen ist. Bei Rechnungsadressänderung wird um sofortige Mitteilung gebeten, da ansonsten anfallende Kosten zur Adressermittlung von Ihnen zu tragen sind.

Sie können die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) jederzeit am Empfang einsehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

Alternativ ist die GOÄ im Internet unter <http://www.e-bis.de/> oder als App iGOÄ für iPhone oder Android ([www.igoae.de](http://www.igoae.de)) abrufbar.



---

## Behandlungsvertrag

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Die/der Unterzeichnende schließt mit der Ärztin Dr. Mariella Wolter die Vereinbarung, dass Untersuchungen und/oder Behandlungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Mit der Liquidation nach der GOÄ in der aktuell gültigen Fassung bin ich einverstanden. Diese Vereinbarung gilt bis auf Widerruf.

Ich wünsche die Beratung/Untersuchung/Behandlung als Privatpatient bzw. Selbstzahler und die entsprechende Berechnung der erbrachten Leistungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuell gültigen Fassung.

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter besonderer Beachtung der Höchstsätze nach der z.B. §§4,5 und 12 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen oder einzelne Gebührenordnungspositionen nicht anerkennen.

Mir ist bekannt, dass das Honorar mit Erhalt der Rechnung vollständig fällig und persönlich an die Praxis Dr. Wolter zu zahlen ist.

Eine Abtretung der Ansprüche aus diesem Behandlungsvertrag ist grundsätzlich ausgeschlossen und bedarf im Einzelfall der ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung des behandelnden Arztes.

Bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) wird Ihnen von dieser Fachabteilung eine gesonderte Rechnung zugehen (§ 4 Abs. 5 GOÄ).

Die nachträgliche Umwandlung von in Anspruch genommenen privatärztlichen Leistungen in Kassenleistungen ist nicht möglich. Damit bin ich einverstanden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Einsicht in die GOÄ in der Praxis Dr. Wolter genommen werden kann.

Den oben genannten Behandlungsvertrag habe ich gelesen, verstanden und bestätige mein Einverständnis durch meine Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschrift PatientIn/ gesetzlicher Vertreter : .....



## Einverständniserklärung zum E-Mail Versand

Angaben zum Datenverarbeitenden:

Praxis Dr. Mariella Wolter, Obere Hauptstraße 48-50, 85354 Freising

Angaben zum/zur Patient/Patientin:

<b>Name, Vorname:</b>	
Geburtsdatum:	
Straße,Hs-Nr.,PLZ,Ort:	
Tel.Nr.:	Email:

Auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen ist es im E-Mail-Verkehr lt. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per EMail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versand Ihrer personenbezogenen Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn uns von Ihnen eine unterschriebene Einverständniserklärung vorliegt.

### **Einverständniserklärung:**

Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten im PDF- Format per einfacher, unverschlüsselter E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails meine personenbezogenen Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bekannt.

Ort, Datum

.....  
Unterschrift