

Patienten-Einverständniserklärung

In unserem Zentrum bieten wir Raum für Gesundheit und Zeit für Menschen. Viele Angebote zielen auf Gesunderhaltung und ursächliche Diagnostik und Behandlung von krankhaften Entwicklungen. Wir wollen uns als Partner für diese speziellen Ansprüche anbieten und keinesfalls die üblichen Verfahren des bestehenden Gesundheitssystems ersetzen. Bei Bedarf verweisen wir durchgehend an Haus- und Fachärzte. Ein bestehendes Partnernetzwerk mit Experten unterschiedlicher Fachrichtungen kann ebenfalls genutzt werden.

Zu den Leistungsentgelten

Der Bereich der funktionellen Medizin ist derzeit noch kein Bestandteil der Regelversorgung. Es handelt sich um Privatleistungen. Manche Zusatzversicherungen bieten für bestimmte Diagnosen und Leistungen Rückerstattungen an. Eine nachträgliche Korrektur der Diagnose auf einer bereits ausgestellten Rechnung ist nachträglich nicht möglich. Bitte beachten Sie auch, dass über die direkte Kontaktzeit hinaus, Zeit für die Dokumentation und Zusammenfassung der Befunde, aufgewendet werden muss.

Zur Befundung von Diagnostikleistungen

Im angegliederten Diagnostikzentrum werden funktionelle Untersuchungsverfahren und Laboruntersuchungen auf dem letzten Stand der Wissenschaft angeboten. Ein ausführliches Gespräch mit einem erfahrenen Arzt, sollte aber immer am Beginn einer gezielten diagnostischen Vorgangsweise stehen. In unserem Zentrum stehen erfahrene Ärztinnen und Ärzte als Partner zur Verfügung.

Bitte bereiten sie sich entsprechend auf den Termin vor und nehmen sie auch eine eventuell vorhandene Medikamentenliste oder andere relevante Befunde mit. Wenn Sie Nahrungsergänzungen nehmen, sollten sie ebenfalls eine entsprechende Übersicht, über die Einnahme der letzten Wochen, vorlegen können.

Wir weisen darauf hin, dass wir für Untersuchungen und die daraus abgeleiteten Diagnosen und Behandlungen, durch andere Ärztinnen/Ärzte, keine Verantwortung übernehmen können. Wenn keine Beratung durch eine Ärztin/einen Arzt in unserem Zentrum stattfindet, besprechen sie die Ergebnisse jedenfalls mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt.

Zum Datenschutz

Wir versichern Ihnen, Ihre Daten und Befundergebnisse mit größter Sorgfalt zu behandeln. Sie stimmen im Sinne der Diagnose- und Therapieoptimierung dem Austausch notwendiger Daten mit den von Ihnen angegebenen Netzwerkpartnern oder behandelnden Fachärzten zu (Der Datenaustausch erfolgt nur intern und hat nichts mit dem ELGA System der Sozialversicherungen zu tun). Ergebnisdaten können anonymisiert (Entfernung aller personenbezogenen Merkmale) für Studien und Forschungsarbeiten herangezogen werden.

Bekannte ansteckende Erkrankungen

Nein

Ja

Welche? _____

Aus praktischen Gründen bitten wir um Bankomat- oder Kreditkartenbezahlung vor Ort. Wir erlauben uns darauf hinzuweisen, dass nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine, in Rechnung gestellt werden.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Aufklärung gelesen und verstanden haben und dieser zustimmen.

Name

Ort, Datum

Unterschrift