



Dr. Andreas Angelov

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

es freut mich, dass Sie sich vertrauensvoll an mich wenden.

Im Folgenden lasse ich Ihnen die Anmeldeunterlagen und einige Informationen rund um meine Privatarztpraxis zukommen lassen.

Ich bitte Sie, mir die folgenden Unterlagen vor Ihrem ersten Termin in meiner Praxis entweder postalisch oder per E-Mail (eingescannt als PDF-Format) zukommen zu lassen:

- Anamnesebogen (ausgefüllt und unterschrieben, siehe unten)
- Praxisvertrag/Ausfallshonorar (unterschrieben, siehe unten)
- Erklärung zur Korrespondenz über E-Mails (unterschrieben, siehe unten)
- Informationen zum Datenschutz (unterschrieben, siehe unten)
- Kopien von relevanten Vorbefunden (Ärzte, Psychologen, Krankenhäuser)

Sofern Sie noch keinen Termin vereinbart haben, setze ich mich mit Ihnen nach Eingang der vollständigen Unterlagen telefonisch in Verbindung, um einen Ersttermin zu vereinbaren.

Herzliche Grüße

Ihr

Dr. med. Andreas Angelov



**Dr. Andreas Angelov**

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

## **Allgemeine Informationen zur Privatarztpraxis**

In meiner Privatarztpraxis behandle ich alle psychiatrischen Erkrankungen. Zu Beginn steht eine ausführliche Diagnostik und in Anlehnung daran eine umfassende Beratung über alle in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten.

Im Kontakt mit meinen Patientinnen und Patienten ist mir wertschätzende und empathische Umgang sehr wichtig. Ich lege sehr viel Wert darauf, dass Sie sich in meiner Praxis wohl fühlen und ganz Sie selbst sein können.

Im Jahre 2020 habe ich mich aus eigenen Stücken dazu entschlossen, nicht mehr kassenärztlich, sondern ausschließlich privatärztlich tätig zu sein. Daher rechne ich die von mir erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Die privaten Krankenversicherungen übernehmen für gewöhnlich vollständig die Behandlungskosten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen hingegen bezahlen die Behandlungskosten in Privatarztpraxen nicht. Dennoch können Sie sich auch als gesetzlich versicherter Patient von mir behandeln lassen. Jedoch müssten Sie – im Gegensatz zu Privatversicherte – die Kosten als Selbstzahler selbst begleichen. Gerne informiere ich Sie in einem persönlichen Gespräch über die zu erwartenden Behandlungskosten, wenn Sie sich als Selbstzahler von mir behandeln lassen möchten.

Die Erreichbarkeit der Praxis entnehmen Sie bitte der Homepage. Dort erfahren Sie jederzeit aktuelle Änderungen. Außerhalb der auf der Homepage angegebenen telefonischen Sprechzeiten erfolgen keine Terminvergaben und auch keine telefonische Sprechstunde. Sie haben außerhalb der auf der Homepage angegebenen telefonischen Erreichbarkeiten eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen oder mir eine E-Mail zu schreiben. Ein bin um einen zeitnahen Rückruf bemüht, kann jedoch nicht zusichern, dass dieser vor der nächsten regulären Telefonsprechstunde erfolgen wird.

Um ausreichend Zeit für jede einzelne Behandlung zu haben, arbeite ich mit Terminsprechstunden. Aus diesem Grund vereinbaren Sie bitte grundsätzlich einen Termin. Offene Sprechstunden biete ich nicht an. Ich möchte Sie bitten, die vereinbarten Terminzeiten einzuhalten, um einen reibungslosen Ablauf der Sprechstunde zu ermöglichen.

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, geben Sie mir bitte rechtzeitig Gelegenheit, den Termin einem anderen Patienten zur Verfügung zu stellen. Bei zu kurzfristigen Absagen oder Nichtwahrnehmen eines Termins berechne ich ein Ausfallshonorar, über das ich Sie gesondert informieren werde.

Scheuen Sie sich bitte nicht, mich bei Fragen rund um die Praxisorganisation und Praxisstruktur anzusprechen.

Herzliche Grüße

Ihr

Dr. Andreas Angelov



**Dr. Andreas Angelov**

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

## **Anamnesebogen**

Damit wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten können, bitten wir Sie vor Ihrem ersten Praxisbesuch um die Beantwortung einiger Fragen. Wir danken Ihnen bereits im Voraus sehr für Ihre Mitarbeit.

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

Adresse (Straße, Stadt) \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt/überweisender Arzt: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden führen Sie zu mir?**

**Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden auf Ihren privaten und beruflichen Alltag?**

**Hatten Sie die Beschwerden schon zu einem früheren Zeitpunkt? Was wurde damals diagnostiziert und wie wurden die Beschwerden behandelt?**

**Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit andere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen festgestellt? Wenn ja: welche und wie wurden sie behandelt?**

**Frühere Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?**

**Waren Sie wegen der aktuellen Beschwerden bereits bei einem anderen Arzt? Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? Wie lautete die Diagnose?**

**Leiden Sie an:**

- |                             |                               |   |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Bluthochdruck            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                 |
| 2. Herzrhythmusstörungen    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?)       |
| 3. Diabetes mellitus        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                 |
| 4. Hohen Blutfettwerten     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                 |
| 5. Tumorerkrankung          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?)       |
| 6. Leber-, Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?)       |
| 7. Schilddrüsenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?)       |
| 8. Alkoholkonsum            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (Menge pro Tag) |
| 9. Rauchen                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (Menge pro Tag) |
| 10. Andere Drogen           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche, wann)  |

**Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja: welche und in welcher Tagesdosis?**

**Haben Sie Medikamentenallergien? Wenn ja: gegen welche Medikamente?**

**Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?**  Nein  Ja

**Wenn ja, geben Sie bitte die aktuelle Schwangerschaftswoche an.**

**Sind in Ihrer Familie psychiatrische oder neurologische Erkrankungen bekannt? Wenn ja: wer und welche?**

**Haben Sie einen Rentenanspruch oder einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?**

Nein  Ja – Falls ja, bitte beantworten Sie weiter:

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_

**Sind Sie aktuell krankgeschrieben?**

Nein  Ja – Falls ja: seit wann?

**Rehabilitationsanspruch gestellt?**

**Haben Sie einen Rehabilitationsanspruch gestellt?**

**Bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige private Situation (Wohnumfeld, Arbeit, Ehe, Kinder, Kontakt zur Familie, Freundeskreis, etc.) Benutzen Sie hierzu gerne einen gesonderten Zettel, wenn der nachfolgende Platz nicht ausreicht.**

**Gibt es etwas, was Sie in Ihrem Leben sehr unzufrieden macht?**

**Was macht Sie glücklich und worüber freuen Sie sich? In welchen Lebensbereichen würden Sie sich als zufrieden bezeichnen?**

Mainz, den

---

Unterschrift Patientin / Patient





**Dr. Andreas Angelov**

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

## **Patienteninformationen zum Datenschutz**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Privatpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Andreas Angelov

Fischtorstraße 12

55116 Mainz

Tel. 0151-28834053; Fax. 06136-7665961

Mail: [praxis@angelov-psychiatrie.de](mailto:praxis@angelov-psychiatrie.de)

Internet: [www.angelov-psychiatrie.de](http://www.angelov-psychiatrie.de)

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Dr. med. Andreas Angelov

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Krankenversicherungen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Dieter Kugelmann

Hintere Bleiche 34 – 55116 Mainz

## **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Dr. Angelov



Dr. Andreas Angelov

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

## Einverständniserklärung zum Informationsaustausch

Im Folgenden können Sie Ärzte, Therapeuten und Behörden angeben, denen gegenüber Sie Dr. Andreas Angelov von der Schweigepflicht entbinden – mit dem Ziel des gegenseitigen Informationsaustausches in Hinblick auf Ihre Behandlung. Bitte geben Sie in der entsprechenden Zeile den konkreten Namen Ihres Hausarztes, Psychotherapeuten, etc. an. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Auswirkung auf Ihre Behandlung möglich.

- Ich wünsche keine Übermittlung an den Hausarzt
  
- Hausarzt \_\_\_\_\_
  
- Psychotherapeut \_\_\_\_\_
  
- weitere Behandler/Behörden \_\_\_\_\_



**Dr. Andreas Angelov**  
Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

### **Einverständniserklärung: Korrespondenz per E-Mail**

Auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen ist es lt. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden. Für den Fall, dass Sie dennoch einverstanden mit einem Schriftverkehr per E-Mail sind, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine Einverständniserklärung vorliegt.

Bitte kreuzen Sie nachfolgend zutreffendes an.

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

Die Korrespondenz soll unter der folgenden E-Mail-Adresse erfolgen (bitte eintragen):

---

- Ich bin mit einer Korrespondenz über einfacher, unverschlüsselter E-Mail nicht einverstanden.

Datum

Unterschrift



**Dr. Andreas Angelov**

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

## **Ausfallshonorar – Vertrag**

Vertragliche Vereinbarung

zwischen

\_\_\_\_\_   
Name des Patienten

wohnhaft in

\_\_\_\_\_   
Straße, PLZ, Stadt

und Dr. med. Andreas Angelov, Privatpraxis, Fischtorstraße 12, 55116 Mainz.

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vergebenen Termine einzuhalten. Im Falle einer Verhinderung oder Absage des Termins kann dies zu jeder Zeit telefonisch erfolgen, auch als Nachricht auf dem Anrufbeantworter oder als E-Mail.

Wird ein Termin nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt und nicht wahrgenommen, wird ein Ausfallhonorar berechnet, sofern der Termin nicht kurzfristig an einen anderen Patienten vergeben werden kann. Die Höhe des Ausfallshonorars beträgt bei Sprechstundenterminen 50 EUR und bei Psychotherapiesitzungen 80 EUR.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass dieses Ausfallshonorar nicht zu Lasten meiner Krankenversicherung berechnet werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**Dr. Andreas Angelov**  
Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Gutachtenpraxis

## Behandlungsvertrag

zwischen

Dr. med. Andreas Angelov // Fischtorstraße 12 // 55116 Mainz

und

Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

### Erklärung des Arztes:

die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinaus gehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

### Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner verpflichte ich mich, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages selbst zu tragen. Ich bin auch darüber informiert, dass ich zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet bin, auch wenn die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen würde. Ich wurde darüber informiert, dass die entstehenden Honorarforderungen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht übernommen werden, so dass ich in diesem Fall als Selbstzahler die vollständigen Behandlungskosten ebenfalls selbst tragen muss.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (zum Beispiel Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in