AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name und Vorname des Versicherten

[redacted]

geb. am [redacted]

Kassen-Nr. [redacted] Versicherten-Nr. [redacted] Status [redacted]

Vertragsarzt-Nr. [redacted] VK gültig bis [redacted] Datum [redacted]

JG|U UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

Bitte ausfüllen

Aufnahme–Nr., Ko.–Stelle behandelnde Klinik

Name, Vorname

Fam.–Stand Geb.–Name

Geb.–Datum Staatsange.

Straße Haus–Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon–Nr.

Kostenträger

Hauptversicherter Name, Geb.–Dat.

Anschrift Hauptversicherter

Arbeitgeber

weiterbehandelnder Arzt (Hausarzt)

Eingewiesen von Uhrzeit

Unfallort und –zeit

Ambulante Aufnahme

Poliklinik für (Poliklinik-Stempel)

487423600
I. Med. Klinik und Poliklinik
Schwerpunkt Endokrinologie
und Stoffwechselerkrankungen
Universitätsmedizin
55101 Mainz

Dieses Aufnahmeblatt ist für alle Erstpatienten und quartalsmäßige Wiedervorstellungen

Beleg für Krankenakte

Von der Poliklinik auszufüllen (Zutreffendes ankreuzen):

- [x] Ambulante Behandlung
- [ ] Ambulantes Operieren
- [ ] Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V
- [ ] Vorstationäre Behandlung *
- [ ] Nachstationäre Behandlung **
- [ ] BG-Behandlung ***
- [ ] Konsiliarbehandlung für Fachklinik:
- [ ] Notfallbehandlung
- [ ] Wissenschaftliche Behandlung

* Bis zu 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.
** Bis zu 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der stationären Behandlung.
*** Nur für Kliniken mit berufsgenossenschaftlicher Behandlung (BG).

- [x] Überweisungsschein abgegeben
- [ ] Einweisungsschein (rot) abgegeben

Bei Inanspruchnahme von **kassenärztlichen Leistungen** in den Hochschulambulanzen:

Ich bestätige die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Soweit ich keinen gültigen Überweisungsschein abgegeben habe, werde ich diesen innerhalb von **zehn Werktagen** nachreichen.

Mir ist bekannt, dass 1 x im Behandlungsquartal die elektronische Gesundheitskarte (eGK) zum Einlesen der Versichertendaten vorgelegt werden muss. Gegebenenfalls werde ich die Versichertenkarte innerhalb von zehn Werktagen nachreichen.

Information: Bei einer notfallmäßigen Behandlung ist kein Überweisungsschein abzugeben.

Bei Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen als **Selbstzahler**:

Gemäß § 8 Abs. 2 AVB erfolgt die Berechnung ambulanter Leistungen in der Universitätsmedizin nach dem Tarif der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Dabei werden bei der Berechnung der ärztlichen Leistungen Steigerungsfaktoren **(Labor: Faktor 1,15; Röntgen: Faktor 1,8; sonstige ärztliche Leistungen: Faktor 2,3)** in Ansatz gebracht.

Diesen Tarif erkenne ich als Abrechnungstarif an und werde die Behandlungskosten vollständig übernehmen.

Mit der Übersendung des zusammenfassenden Arztbriefes über meine Behandlung an den weiterbehandelnden sowie den zuweisenden Arzt respektive den von mir benannten Hausarzt bin ich einverstanden, solange ich nicht ausdrücklich widerspreche.

Ich bin mit der Übereignung und wissenschaftlichen Nutzung von Überschussmaterial (z.B. Blut, sonstige Körperflüssigkeiten) entsprechend § 14 Nr. 3 Allgemeine Vertragsbestimmungen der Universitätsmedizin Mainz (AVB), deren Wortlaut ich in schriftlicher Form erhalten und zur Kenntnis genommen habe, einverstanden (Text siehe Rückseite): [x] ja [ ] nein

[redacted] [redacted] [redacted]

Uhrzeit Unterschrift des Patienten bzw. Zahlungspflichtigen

D 841 V/R 11.2018