

DR. MED. ROBERT KIPPING

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Spezielle orthopädische Chirurgie · Sportmedizin
Chirotherapie · Physikalische Therapie · Digitale Röntgendiagnostik Skelett

Patientenauskunft

Dr. med. Robert Kipping · Bahnhofstraße 5 · EG · 82166 Gräfelfing

Name / Titel	Vorname	
Geburtsdatum	Körpergröße	Körpergewicht
Straße	PLZ	Ort
Tel.-Nr. (Festnetz)	Handy-Nr.	
E-Mail	Beruf	
Hausarzt/Überweiser	Adresse	

1. Welche **Beschwerden** haben Sie?

2. Wurden bereits **orthopädische Operationen** durchgeführt?

Knie-OP: wann: _____ was: _____ Arzt/KH: _____

Hüft-OP: wann: _____ was: _____ Arzt/KH: _____

WS-OP : wann: _____ was: _____ Arzt/KH: _____

Weitere OP's: _____

3. Andere **orthopädische Erkrankungen**?

4. Nehmen Sie **Medikamente** ein? welche?

5. Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein?

Marcumar. Plavix Aspirin/ASS Eliquis Pradaxa Andere? _____

6. Liegt eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen** vor? (bitte x)

Durchblutungsstörungen Thrombosen / Krampfadern

Herzschrittmacher / Defibrillator andere: _____

7. Haben Sie **Allergien**, ggf. welche? _____

8. Wo sind Sie versichert? _____ Beihilfe % ? _____

9. besteht eine Zusatzversicherung für das Krankenhaus?

ja (Vers.-Gesellschaft): 1-Bett 2-Bett CA-Behandlung

Besteht Einverständnis mit einem Erinnerungsanruf für

Nachuntersuchungstermine nach TEP Implantationen? (Hüfte, Knie, Schulter):

ja nein

Unterschrift Patient:

Leitender Arzt
an der Abteilung
Orthopädie und
Endoprothetik in der
WolfartKlinik

Leiter Endoprothesen-
zentrum der Maximal-
versorgung WolfartKlinik
(zertifiziert durch EndoZert)



Zusätzliche Qualifikationen:

» Hüftchirurg (zertifiziert DHG / Deutsche Hüftgesellschaft)



» Operateur Master Hüfte und
Operateur Master Knie
(zertifiziert AE / Arbeitsgemein-
schaft Endoprothetik)



ARBEITSGEMEINSCHAFT ENDOPROTHETIK

» Medizinischer Gutachter
(zertifiziert Bundesärztekammer)



» Hochmoderne bildgesteuerte
Schmerztherapie über
bildwandlergestützte Injektionen



Privatsprechstunde
Dr. med. Robert Kipping

Bahnhofstraße 5 · EG
82166 Gräfelfing

Tel. 089/89 55 87 - 07
Fax 089/89 55 87 - 04

privatsprechstunde@orthopraxis.de
www.orthopraxis.de

WolfartKlinik

Waldstraße 7
82166 Gräfelfing

Tel. 089/85 87 - 0

info@wolfartklinik.de
www.wolfartklinik.de

Behandlungsvertrag

Zwischen Herrn / Frau _____

und

Dr. med. Robert Kipping, Privatsprechstunde, Bahnhofstrasse 5 EG, 82166 Gräfelfing

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Der Arzt übernimmt ab Behandlungsbeginn die privatärztliche Behandlung des o.g. Patienten. Er erbringt die privatärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihm beauftragten Vertreter.

Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Vertragspartner (Patient) verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrags selbst zu tragen. Dem Vertragspartner ist bekannt, dass er zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist, unabhängig von seinen Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträger. Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und dem Vertragspartner (Patienten), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen).

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichtet sich der Vertragspartner, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Unterzeichnungsberechtigten

Hinweis für Kassenpatienten, Basis- und Standard-Tarif-Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ich für meine privatärztliche Behandlung durch Dr. med. Robert Kipping anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung privatärztliche Behandlung als Selbstzahler wähle. Ich verpflichte mich, die hierbei anfallende ärztliche Honorarrechnung zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. nur in dem Umfang besteht, den die Krankenkasse als Sachleistung zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB aufgeklärt worden zu sein, dass es sich um eine rein privatärztliche Behandlung handelt. Eine Abrechnung vonseiten des Arztes mit einer gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich. Es ist mir ebenfalls bekannt, dass mir u.U. ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Unterzeichnungsberechtigten