

# 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	Vorname	
Geburtsdatum	Größe	Gewicht
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Handy	
E-Mail:	Beruf	
Hausarzt	PLZ	Ort

1. Welche **Beschwerden** haben Sie? \_\_\_\_\_

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

Knie-OP: wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Hüft-OP: wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

WS-OP: wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Andere OP's: wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

3. Andere **orthopädische Erkrankungen**? \_\_\_\_\_

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

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

Marcumar  Plavix  Aspirin/ASS  Pradaxa  Xarelto  Andere? \_\_\_\_\_

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

Durchblutungsstörungen  Thrombosen  Krampfadern  Herzschrittmacher  
 Defibrillator  Diabetes  andere: \_\_\_\_\_

7. Haben Sie **Allergien**, welche? \_\_\_\_\_

8. Wo sind Sie versichert? \_\_\_\_\_ Beihilfe % ? \_\_\_\_\_

9. besteht eine Zusatzversicherung für das Krankenhaus?

ja Name: \_\_\_\_\_  1-Bett  2-Bett  CA-Behandlung

Recall (Terminerinnerung) für Routinenachsorgeuntersuchungen nach TEP Implantationen gewünscht?

(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

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.

Mir ist bekannt, dass ich für meine privatärztliche Behandlung durch Dr. 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.

Sollten Sie einen vereinbarten Praxistermin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen sobald als möglich, jedoch spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch oder schriftlich (z.B. per e-mail) abzusagen. Wir müssen uns sonst vorbehalten, ein Ausfallshonorar von 50.-€ zu berechnen, wenn der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

---

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Unterzeichnungsberechtigten