

Fragebogen für Neupatient/innen Praxis Dr. Lendholt



Name		Vorname		Geb.datum
Aktuelle Adresse				
Festnetz	Handy		Email	
Beruf			Arbeitgeber	
Versicherung	gesetzl.	privat	Krankenkasse	
Notfallkontakt (Name/Tel.)				
Abholberechtigte Personen (z.B. f. Rezepte, Überweisungen, Befunde...)				

Pflegegrad	Merkzeichen	aG	H	B	GdB
Gesetzl. BetreuerIn					
Vorsorgebevollmächtigte/r					

Datenschutzhinweise

Um einen optimalen Behandlungsablauf zu gewährleisten, ist es nötig relevante medizinische Befunde an mit- oder weiterbehandelnde ÄrztInnen oder Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegedienste, Heilmittelerbringer oder Apotheken) schriftlich oder mündlich zu übermitteln oder auch von diesen einzuholen. Dies dient beispielsweise der Therapieplanung, der Dokumentation, dem Austausch über Krankheits- und Behandlungsverläufe und der Befundübermittlung bei Hausarztwechsel. Für eine Befundabforderung von PsychotherapeutInnen holen wir eine gesonderte schriftliche Einwilligungserklärung ein.

Ja Nein

1. Ich bin mit dem oben beschriebenen Informationsaustausch einverstanden.

2. Ich bin außerdem einverstanden mit:

Ja Nein

Ja Nein

- | | |
|---|---|
| • Namentl. Aufruf im Wartezimmer | • Photodokumentation für die Patientenakte (z.B. Hautbefunde, Wundverläufe) |
| • Durchführung Videosprechstunde | • automat. Erinnerung an Vorsorgen, Impfungen, Folgeuntersuchungen per Mail/Anruf/SMS |
| • Emailversand von Befunden nach mündl. Rücksprache im konkreten Einzelfall | • Abholung von Dokumenten durch abholberechtigte Personen/Pflegedienste |

- Einwilligungen können jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden.
- Wir arbeiten mit einem Bestellsystem. Außerhalb unserer Akutsprechstunden ist eine Vorstellung in der Sprechstunde nur nach Terminvereinbarung möglich.
- Die Akutsprechstunde ist kurzfristig aufgetretenen Beschwerden/ Symptomverschlechterungen, Krankenhausentlassungen oder kurzfristig notwendigen Wiedervorstellungen vorbehalten. Alle sonstigen Anliegen bitte mit Termin.
- Überweisungen und Rezepte müssen vorbestellt werden. Abholung ist am übernächsten Werktag möglich, außer es werden anders lautende Vereinbarungen mit den Mitarbeiterinnen getroffen. Über die Fertigstellung erfolgt keine gesonderte Benachrichtigung. E-Rezept-Versand ist nur bei eingeleiteter Versichertenkarte im aktuellen Quartal möglich.
- Die Kosten für medizinisch nicht notwendige Laborleistungen sind selbst zu tragen. Wir sind berechtigt in diesem Falle auch Kosten für die Blutentnahme (GOÄ 250) und die Beratungsleistung zu erheben (GOÄ 1 oder 3).

Datum:

Unterschrift PatientIn/gesetzl. Vertreter/in

Name, Vorname, Geb.datum

Bitte ankreuzen, falls eine oder mehrere Erkrankungen auf Sie zutreffen. Nutzen Sie das Freitextfeld unterhalb der Tabelle für konkretere Angaben (z.B. Welche Krankheit genau?, Wann aufgetreten? Ggf. Welche Körperseite?) u.ä.

	Bluthochdruck		Gichtanfälle
	Herzinfarkt		Diabetes/ Zuckerkrankheit
	Schlaganfall		Schilddrüsenerkrankungen
	Verengte Gefäße (Herz, Beine, Halsschlagader)		Gichtanfälle
	Herzrhythmusstörungen		Nieren- oder Harnwegserkrankungen
	Herzklappenerkrankungen		Prostataerkrankungen
	Herzinsuffizienz (Herzschwäche)		Krankheiten der Geschlechtsorgane
	Bypässe/ Stents		Krankheiten der Bauchorgane
	Herzschrittmacher/Defibrillator		Krankheiten der Ohren oder Augen
	Thrombose/ Lungenembolie		Psychische Erkrankungen
	Sonstige Herzkreislauferkrankungen		Erkrankungen des Nervensystems
	Erhöhtes Cholesterin		Erkrankungen des Bewegungsapparates
	Asthma/chronische Bronchitis		Rheumatologische Erkrankungen
	Schlafapnoe		Chronische Infektionskrankheiten
	Sonstige Atemwegserkrankungen		Chronische Schmerzen
	Krebserkrankungen		Hautkrankheiten
	Schilddrüsenerkrankungen		Genetische Erkrankungen

Größe: cm Gewicht kg

Ergänzungen: (z.B. Benennung der konkreten Krankheit, Angaben zu Körperseite oder Jahreszahlen,...)

Name, Vorname, Geb.datum

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (auch frei Verkäufliche)?

Nein Ja, bitte Präparat, Stärke, Häufigkeit (bei mehr als 3 Tabl. am Tag bitte Medikamentenplan)

Leiden Sie unter Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

Nein Ja, Wogegen?
Reaktion (z.B. Ausschlag, Luftnot...)?

Welche OPs wurden bisher durchgeführt und wann? (Vergessen Sie die Klassiker nicht: Blinddarm, Galle, Mandeln, Polypen, Knochenbrüche, Ausschabungen, Grauer Star, künstl. Gelenke)

Keine Folgende:

Rauchen Sie?

Noch nie Nicht mehr seit? Ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

Wieviel Alkohol trinken Sie?

Gar keinen Gelegentlich Regelmäßig? Wieviel + Was pro Woche?

Sonstige Drogen?

Sind in der Familie folgende Krankheiten bekannt (Blutsverwandte!)?

Herzinfarkt	Stents/Bypässe	Krebs
Schlaganfall	Diabetes	Psychische Krankheiten

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem Leben (Schichtarbeit, Pflege von Angehörigen, Traumata....)?

Treiben Sie Sport?

Datum:

Unterschrift PatientIn/gesetzl. Vertreter/in