



Herzlich Willkommen in der KLÜTPRAXIS



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

Name, Vorname		
Geburtsdatum		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse, Name der Kasse: <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse, Name der Kasse:	
Versichert als	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Rentner (viele Versichertenkarten sind nicht auf dem neuesten Stand)	
Straße / Hausnummer		
PLZ / Wohnort		
Kontaktdaten, bei Kindern Angaben der Vorsorgebevollmächtigten.	Privat	
	Geschäftlich	
	Mobil	
	e-Mail	
Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollten.	Name	
	Telefon	
Mitbehandelnde Ärzte (Angabe inkl. Fachrichtung).		Fachrichtung:
		Fachrichtung:
		Fachrichtung:
Beruf		
Familienstand		
Kinder		

Medikamentenplan (siehe Seite 4)

Angaben über Ihre Medikamenteneinnahme sind uns äußerst wichtig. **Wir bitten Sie daher die letzte Seite dieses Fragebogens gewissenhaft auszufüllen. Nehmen Sie den Plan ggf. mit nach Hause. Übertragen Sie dann JEDES Medikament mit der entsprechenden Mengenangabe und Einnahmezeit. Geben Sie bitte den VOLLSTÄNDIG ausgefüllten Medikamentenplan in den nächsten Tagen in der Praxis ab.**

Bitte wenden →



Ihre Vorgeschichte



Wann waren ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen:

<input type="checkbox"/> Gesundheits-Check:	<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge/Mann:
<input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening:	<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge/Frau:
<input type="checkbox"/> Kindervorsorge:	<input type="checkbox"/> Darmspiegelung:

Angaben zu Ihrer Person

Größe in cm	
Gewicht in kg	
Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> Ja, Menge pro Tag:

Vorerkrankungen

Krankheit		Krankheit	
Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/> Ja	Nierenschwäche	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/> Ja	Rheuma/Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja
Gicht (erhöhte Harnsäure)	<input type="checkbox"/> Ja	Wirbelsäulen-/Rückenleiden	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsen <u>über</u> funktion	<input type="checkbox"/> Ja	Venenleiden (z.B. Krampfadern)	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsen <u>unter</u> funktion	<input type="checkbox"/> Ja	Thrombose, wann:	<input type="checkbox"/> Ja
Blutfettwerterhöhung	<input type="checkbox"/> Ja	pAVK (arterielle Durchblutungsstörung)	<input type="checkbox"/> Ja
Herzkrankungen (z.B. Herzschwäche)	<input type="checkbox"/> Ja	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	Nervenleiden (z.B. Parkinson)	<input type="checkbox"/> Ja
Herzinfarkt, wann	<input type="checkbox"/> Ja	Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Ja	Gemütsleiden (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/> Ja
> Blutverdünnung, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> Ja
Hirnschlag	<input type="checkbox"/> Ja	Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/> Ja
Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nierenstein(e) <input type="checkbox"/> Gallenblasenstein(e)	<input type="checkbox"/> Ja
Chronische Bronchitis (COPD)	<input type="checkbox"/> Ja	Hauterkrankung, welche:	<input type="checkbox"/> Ja
Andere Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	Krebserkrankung, welche:	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:		
Wesentliche Operationen	Operation:	wann:	
	Operation:	wann:	
	Operation:	wann:	

Aktuelle Beschwerden

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
--------------------------------	--



DATENSCHUTZ und MEHR



Einwilligungserklärung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

----- Name	----- Vorname	----- Geb.-Datum
----- Versicherten-Nr.	----- Krankenkasse	----- Patienten-Nr.

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dres. Boragk und Dres. Detmer die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.**
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum
.....

.....
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
.....



Ihre Einwilligungserklärung



Einwilligungserklärung

zum Patientenservice (Recall)

----- Name	----- Vorname	----- Geb.-Datum
----- Versicherten-Nr.	----- Krankenkasse	----- Patienten-Nr.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft schriftlich über bestimmte Termine (z. B. anstehende Vorsorgeuntersuchungen). Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns hierfür Ihre Einwilligung.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

----- Ort, Datum	----- Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
---------------------	---



Ihr MEDIKAMENTENPLAN



Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Bitte nennen Sie auch die Medikamente, wie z.B. die Pille, die in anderen Praxen verordnet wurden bzw. die freiverkäuflichen Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen.

Medikament vollständiger Namen, ggf. Herstellerfirma	Dosierung Wirkstoffmenge (z.B. mg, ml, µg)	morgens	mittags	abends	Nacht
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

Wir bitten Sie ggfs. den Medikamentenplan mit nach Hause zu nehmen. Übertragen Sie dann gewissenhaft JEDES Medikament mit der entsprechenden Mengenangabe zur Einnahmezeit. Geben Sie bitte den VOLLSTÄNDIG ausgefüllten Medikamentenplan in den nächsten Tagen in der Praxis ab.

Bitte bringen Sie auch Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen Zeit genommen haben.
Ihr Team der Klütpraxis