

Gemeinschaftspraxis
Jan Patrick Goebel
Dr. med. Thomas Heuel
FÄ für Innere Medizin
-hausärztliche Versorgung-
Sebastian Lepperhoff
FA für Allgemeinmedizin
57462 Olpe Winterbergstr 44
Tel.: 02761/5282

Nur bei Hausarztwechsel auszufüllen

Einverständniserklärung **zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten** **gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.



Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Ihre Antworten dienen dazu, Sie bestmöglich versorgen zu können. Falls Sie Hilfe bei der Beantwortung der Fragen benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen am Empfang. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank.

Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	geb. am
_____	_____	_____
Strasse	Nr.	PLZ
_____	_____	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobil	
_____	_____	
E-Mail	Krankenkasse	
_____	_____	

Möchten Sie an regelmässige Untersuchungen, z.B. Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?

ja per Email telefonisch per SMS nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wer war Ihr bisheriger Hausarzt?

Wer darf Auskunft über Ihre medizinischen Daten erhalten (z.B. Ehe-, Lebenspartner, etc. - bitte Namen angeben)?

Wichtige Information für gesetzlich versicherte Patienten:

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in einem neuen Quartal. Liegt diese uns nicht innerhalb von 10 Tagen nach Ihrer Behandlung vor, sind wir leider gezwungen Sie als Privatpatient zu betrachten und Sie erhalten von uns eine Rechnung.

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja, gegen:

Ihr persönlicher Gesundheitscheck - Bitte kreuzen Sie bei Ihnen bekannte Erkrankungen an:

Herzerkrankungen, wenn ja folgende:

- KHK Herzinfarkt Herzschwäche Herzschrittmacher
 Bypass-OP künstl. Herzklappen, wenn ja welche:
 Herzrhythmusstörungen Blutverdünnung mit

Kreislaufkrankungen, wenn ja folgende:

- Hoher Blutdruck Ohnmachtsneigung sonstige:

Gefäßkrankungen, wenn ja folgende:

- Durchblutungsstörungen der Beine Krampfadern Thrombosen

Nervensystems, wenn ja folgende:

- Schlaganfall Krampfanfälle Tumore sonstige:

Psyche, wenn ja folgende:

- Depression Burn-Out Psychose Angststörungen
 Panikattacken Zwangsstörungen sonstige:

Lunge und Bronchien, wenn ja folgende:

- chronische Bronchitis (COPD) Asthma Tuberkulose
 Lungenentzündungen Lungentumore sonstige;

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, wenn ja folgende:

- Geschwüre (Ulcus) Divertikel (Darmwandausstülpung) Polypen
 Morbus Crohn Colitis ulcerosa Tumore sonstige:

Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, wenn ja folgende:

- Hepatitis A B C behandelt nicht behandelt
 Leberzysten Lebertumore Leberzirrhose
 Gallensteine Gallenblasenentzündungen
 Bauchspeicheldrüsenentzündung -tumore sonstige:

Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane

- Nierensteine Tumore Operationen
 Blasenentzündungen (>3/Jahr) sonstige:

Hormonsystem und Knochen, wenn ja folgende:

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
 Schilddrüsenerkrankung -überfunktion -unterfunktion
 Vitamin D Mangel Osteoporose sonstige:

Blutkrankheiten, wenn ja folgende:

- Blutarmut (Anämie) Eisenmangel Vitamin B12-Mangel
 Leukämie chronische akute sonstige:

Operationen, folgende:

Fehlt Ihnen ein Organ? nein ja, folgendes: