



Fragebogen für Neupatienten

Dr. Iris Binder
Dr. Julia Wüstenfeld
Dr. Esther Grabow
Fachärzte f. Allgemeinmedizin
Dr. Stefan Krafft
Facharzt für Innere Medizin
Dr. Gustav Seiler
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie - privatärztlich

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihren Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr. privat: _____ Geschäft: _____

Telefonnr. mobil: _____ Fax: _____

Email Adresse: _____

Für Privat versicherte Patienten:

___ Normaltarif ___ Basistarif ___ Standardtarif

Hauptversicherter: _____ dessen Geb.-Datum: _____

Beruf des Patienten: _____

Familienstand: ___ ledig ___ verheiratet ___ geschieden ___ verwitwet

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Hausarztpraxis Wolfratshausen	Bahnhofstraße 7 82515 Wolfratshausen	Telefon 08171-20076 Fax 08171-76629	team@hausarztpraxis-wor.de www.hausarztpraxis-wolfratshausen.de
Apobank	IBAN: DE32 3006 0601 0107 126867	BIC: DAAEDEDXXX	

Um uns vorab ein Bild Ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte noch folgende Fragen:

1. Risikofaktoren:

Alkoholkonsum: ___ keinen ___ selten ___ regelmäßig ___ täglich

wenn ja Menge und Art: _____

Rauchen: Ich habe ___ nie geraucht ___ früher geraucht ___ rauche immer noch

Andere Mittel: ___ Anabolika ___ Aufputzmittel ___ Drogen ___ Sonstiges

2. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? ___ ja ___ nein (Bitte ankreuzen)

Diabetes mellitus Typ 1		Bluthochdruck	
Diabetes mellitus Typ 2		Vorhofflimmern	
Schilddrüsenerkrankung		Angina pectoris / Herzinfarkt	
Lebererkrankung		Sonstige Herzerkrankungen	
Nierenerkrankung		Durchblutungsstörungen	
Erhöhte Blutfettwerte		Krampfadern	
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)		Krebserkrankung	
		Mamma-CA	
		Prostata-CA	
Schlaganfall		Epilepsie	
Erkrankungen der Verdauungstraktes		Verdauungsprobleme	
Osteoporose		Rheuma	
Atemwegserkrankungen		Allergien	
Nahrungsmittelunverträglichkeiten		Medikamentenunverträglichkeiten	
Neurologische Erkrankungen		Psychische Erkrankungen	
HIV			

3. Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

Jahr	Art des Eingriffes

4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ___ ja ___ nein

Medikament	Dosis (mg) und wie oft

Hausarztpraxis Wolftratshausen	Bahnhofstraße 7 82515 Wolftratshausen	Telefon 08171-20076 Fax 08171-76629	team@hausarztpraxis-wor.de www.hausarztpraxis-wolftratshausen.de
Apobank		IBAN: DE32 3006 0601 0107 126867	BIC: DAAEDEDXXX

--	--

5. Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Familienvorgeschichte

Welche der folgenden Krankheiten gibt es bei Ihren nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern)? Bitte kreuzen Sie an und benennen Sie den Verwandten:

		Bei wem? Ggf. welcher Krebs?
Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	
Krebs	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	

7. Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Praxis Dr.med: _____

Straße: _____

PLZ _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ / _____

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? ja nein

Bei Befundanforderung bitte dringend ausfüllen:	
Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Hausarztpraxis Wolfratshausen Dres. med. Binder - Krafft - Seiler – Wüstenfeld - Grabow weiter zu leiten.	
Frau / Herr _____ (Vorname)	_____ (Nachname)
Geb.-Datum: _____	
Wolfratshausen, den _____	_____
Erziehungsberechtigten)	(Unterschrift des Patienten bzw.

8. Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

ja nein

9. Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren:

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?

ja nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

Hausarztpraxis Wolfratshausen	Bahnhofstraße 7 82515 Wolfratshausen	Telefon 08171-20076 Fax 08171-76629	team@hausarztpraxis-wor.de www.hausarztpraxis-wolfratshausen.de
Apobank	IBAN: DE32 3006 0601 0107 126867	BIC: DAAEDEDXXX	

9a. Für Patienten über 55 Jahre:

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt

ja nein Wenn ja, wann zuletzt? _____

10. Besitzen Sie einen Impfausweis? ja nein

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch:

ein Arzt hat Sie mir empfohlen Dr. _____

ein Familienmitglied / Bekannter ist bereits Patient: _____

Telefonbuch Internet Sonstiges: _____

12. Grund des heutigen Praxisbesuchs / aktuelle Beschwerden:

akute Erkrankung chronische Erkrankung Vorsorge (Untersuchung/Impfung)

Schmerzen

Beschreibung Ihrer Beschwerden: _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf:

seit heute seit gestern seit paar Tagen seit paar Wochen

seit Monaten seit Jahren von Geburt an

Für Schmerzpatienten: Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen (bitte ankreuzen):

leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 stark


Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Wolfratshausen, den _____ (Datum) _____ (Unterschrift des Patienten)

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxis Team

Hausarztpraxis Wolfratshausen	Bahnhofstraße 7 82515 Wolfratshausen	Telefon 08171-20076 Fax 08171-76629	team@hausarztpraxis-wor.de www.hausarztpraxis-wolfratshausen.de
Apobank		IBAN: DE32 3006 0601 0107 126867	BIC: DAAEDEDXXX

<h1>HAUSARZTPRAXIS WOLFRATSHAUSEN</h1>	
<p>Dres. Binder - Krafft - Seiler - Wüstenfeld - Grabow Bahnhofstr. 7, 82515 Wolfratshausen</p> <p>Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V</p>	<p>Dr. Iris Binder Dr. Julia Wüstenfeld Dr. Esther Grabow Fachärztinnen f. Allgemeinmedizin</p> <p>Dr. Stefan Krafft Facharzt für Innere Medizin Dr. Gustav Seiler Facharzt für Innere Medizin Kardiologie - privatärztlich</p>

Ich 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 Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.
- mein Hausarzt meine angeforderten Rezepte per Fax oder Post an die Apotheke meiner Wahl übermitteln darf.

VERWENDUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN IM LABOR

Wenn Sie zur Blutentnahme in unsere Praxis kommen oder andere Proben zur Untersuchung abgeben, werden diese Proben zu Bioscientia, Institut für Medizinische Diagnostik GmbH (in Karlsfeld) zusammen mit einem Auftragsschein eingeschickt. Dieser Auftragsschein wird von uns ausgestellt und enthält neben Ihrem Namen, Geburtsdatum und Ihrer Anschrift, Ihre Krankenkasse, die Versichertennummer und den Versichertenstatus.

Kein Labor kann alle labormedizinischen Untersuchungen selbst durchführen. Daher ist es möglich, dass einzelne Untersuchungen an ein anderes Labor weiter überwiesen werden. Diese Labore unterliegen auch der DS-GVO. Für die Ausführung dieses Unterauftrags werden die personenbezogene Daten vom Auftragsschein übermittelt.

Die Befunde werden nur an die Arztpraxis versendet, die die Untersuchung beauftragt hat.

Hausarztpraxis Wolfratshausen	Bahnhofstraße 7 82515 Wolfratshausen	Telefon 08171-20076 Fax 08171-76629	team@hausarztpraxis-wor.de www.hausarztpraxis-wolfratshausen.de
Apobank		IBAN: DE32 3006 0601 0107 126867	BIC: DAAEDEDXXX

**VERWENDUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN ZUR
AUSWERTUNG IN DER KARDIOLOGISCHEN PRAXIS**

Wenn Sie zur Diagnostik ein Langzeit EKG bei uns in der Praxis angelegt bekommen, werden Ihre aufgezeichneten Daten zusammen mit einem Auftragschein an die LZEKG-Bodensee, Warthstraße 12, 78351 Bodman-Ludwigshafen übermittelt.

Dieser Auftragschein wird von uns ausgestellt und enthält neben Ihrem Namen, Geburtsdatum und Ihrer Anschrift, Ihre Krankenkasse, die Versichertennummer und den Versichertenstatus. Die Auswertung und die schriftlichen Endbefunde werden nur an unsere Praxis übermittelt.

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente/zur Erfragung meiner Laborwerte/Befunde

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges _____
- Erfragung Laborwerte/Befunde
- alles

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.

Hausarztpraxis Wolftratshausen	Bahnhofstraße 7 82515 Wolftratshausen	Telefon 08171-20076 Fax 08171-76629	team@hausarztpraxis-wor.de www.hausarztpraxis-wolftratshausen.de
Apobank		IBAN: DE32 3006 0601 0107 126867	BIC: DAAEDEDXXX