

Liebe Patientin bzw. lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen!

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus. Bringen Sie dann das **ausgefüllte Dokument (zusammen mit Ihrem Impfausweis, möglichen Vorbefunden, möglicher Patientenverfügung sowie Ihrem Versichertenkärtchen)** mit zu Ihrem ersten Termin in unsere Praxis – bei Fragen stehen wir Ihnen dann gerne vor Ort zur Verfügung, die weitere Anamnese erhebt unser Ärzteteam in dem ersten Kontakt mit Ihnen.

Freundliche Grüße, Ihr Team der Hausarztpraxis Fulda

Name:

Adresse:

.....

Geburtsdatum:

Telefon Festnetz:

Handy:

E-Mail:

Beruf:

Körpergröße cm

Gewicht: kg

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung ☐

Internet ☐

Zufällig gefunden ☐

Andere:

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

(z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Asthma, COPD, rheumatologische Erkrankungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Thrombose, Schlaganfall, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen etc.)?

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann und welche Operation?

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)?

.....

.....

.....

.....

Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis? Ja ☐ Nein ☐

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? Ja ☐ Nein ☐

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

Welche Krankheiten sind Ihnen bei Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt (z. B. Krebs, Schlaganfall, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Diabetes, etc.)?

.....

.....

.....

Wer war ihr bisheriger Hausarzt? Sind Sie dort in ein DMP-Programm (Disease Management Programm) oder in die Hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben?

.....

.....

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?

.....

.....

.....

Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsvorsorge („Check up“), bzw. die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung sowie das letzte Hautkrebsscreening durchgeführt?

.....

.....

Einverständniserklärung:

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen (Check-up 35, alle 2 (Hausarztmodell) bzw. 3 Jahre) und Impfungen. Damit Sie nicht daran denken müssen, erinnern wir Sie gerne schriftlich, dass der nächste Impf- oder Vorsorgetermin ansteht. Sollten Sie dieses für Sie kostenfreie Angebot nutzen wollen, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift. Sie können uns selbstverständlich jederzeit mitteilen, wenn Sie nicht mehr an unserem Recallprogramm teilnehmen wollen.

Falls Sie noch Fragen zu diesen oder zu anderen Bereichen der Praxis haben, fragen Sie uns, wir beraten Sie gerne.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Fulda (Dres. Röder / Schäfer / Müller / Vietor-Tögel), meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an Befugte, mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies der Optimierung und Diagnostik dient.

Fulda, den

.....
(Unterschrift Patient / in)

Datenschutz – Einwilligungserklärung:



Name:

Geburtsdatum:

☐

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Versorgung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärztinnen / Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

☐

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

☐

Ich bin damit einverstanden, dass ich schriftlich an anstehende Termine (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, etc.) erinnert werde. Informationen an mich dürfen auch per Fax (an die bekannte Nummer) oder per Mail (an die von mir hinterlegte Mail-Adresse) weitergegeben werden.

☐

Für Patienten im Seniorenheim:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Rezepte mit e-Apothekenzuweisung direkt an die Partnerapothekende des Seniorenheims weitergeleitet werden.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten / Rezepte / Überweisungen weitergegeben werden:

Name:

Name:

Name:

Widerruf

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

Fulda, den

.....
(Name, Vorname [Druckbuchstaben])

.....
(Unterschrift Patient / in)

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name:

Geburtsdatum:

wohnhaft:

.....

die Ärztin / den Arzt / die Gemeinschaftspraxis (wenn möglich mit Praxisanschrift):

.....

.....

.....

gegenüber der Hausarztpraxis Fulda, Dres. med. / T. Röder / J. Schäfer / M. Müller / K. Vietor-Tögel (Gallasiniring 8, 36043 Fulda / Fax: 0661 24 08 49) von der ärztlichen Schweigepflicht.

Fulda, den

.....
(Name, Vorname [Druckbuchstaben])

.....
(Unterschrift Patient / in)