

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Straße _____

Hausarzt/-ärztin _____

PLZ/Ort _____

(wenn Ihr/e Hausarzt/-ärztin einen Bericht über unsere Behandlung bekommen sollen, geben Sie uns bitte Bescheid)

Telefon Festnetz _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Newsletter erwünscht? Ja Nein

angestellt selbstständig arbeitssuchend
 Rentner/-in

Zusatzversicherung

Nein Ja, Name _____

ambulant stationär

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen erstmals in unsere Behandlung. Um besondere Risiken vorab zu erkennen, bitten wir Sie um einige Angaben auf dem Stand Ihrer eigenen Informationen. Bitte füllen Sie diesen Bogen komplett und sorgsam aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an einem aus unserem Team. Sollten sich im Verlauf Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, so teilen Sie uns diese bitte unverzüglich mit.

Aktuelles Körpergewicht _____ kg und Körpergröße _____ cm

Besteht bei Ihnen eine Gerinnungsstörung? Nein Ja, _____

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ein? Nein Ja, nämlich:

Marcumar ASS Tiklid Xarelto Clopidogrel _____

bin mir nicht sicher

Bestehen (Medikamenten-) Allergien? Nein Ja, folgende _____

Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? Nein Ja, Diabetes Typ 1 Typ 2

Besteht bei Ihnen eine Herzerkrankung? Nein Ja

Besteht bei Ihnen Bluthochdruck? Nein Ja

Besteht bei Ihnen eine ansteckende Krankheit (wie Hepatitis, HIV, TBC)? Nein Ja, _____

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? _____

Haben Sie Metallteile (wie Stents, Orthopädische Gelenkprothesen) in Ihrem Körper?

Nein Ja, folgende _____

Besteht / Bestand bei Ihnen eine Tumor- bzw. Krebserkrankung?

Nein Ja, folgende _____

X

Datum _____

Unterschrift _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beachten Sie die folgenden organisatorischen Regelungen in unserer Praxis:

- Bitte vereinbaren Sie Ihren **Termin telefonisch**.
- Für **Erstuntersuchungen** reservieren wir für Sie Gesprächs- und Untersuchungszeiten. **Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können**, sagen Sie ihn bitte spätestens am Werktag vorher ab (auch gern per Email oder Fax). Wir können den Termin dann für andere Patienten nutzen. Im Falle einer Nicht-Absage behalten wir uns vor, Ihnen diese Zeit nach der Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung zu setzen.
- Wir haben eine **differenzierte, strikte Terminplanung**, um für Sie kurze Wartezeiten zu erreichen. Aufgrund von Akut- und Notfallversorgungen in Praxis und Krankenhaus kann es jedoch zu Verschiebungen kommen. Die von uns vorgegebenen Termine sind nicht bindend im rechtlichen Sinne. Bitte fragen Sie nach Möglichkeiten, **Ihre Wartezeit** so kurz wie möglich zu halten.
- **Akutfälle**, die einer dringenden Behandlung bedürfen, werden in begrenzter Anzahl und nur zu folgenden Zeiten ohne Termin und **mit Wartezeit** angenommen:
MO – FR von 07.30 – 08.00 Uhr und MO, DI & DO von 14.30 – 15.00 Uhr.
- Um Ihre Erkrankung sorgsam beurteilen zu können, benötigen wir Ihre **aktuellen Röntgen-/CT- und/oder MRT-Bilder inklusive der Befundbeschreibungen**. Es ist auch notwendig, wesentliche Befunde und stationäre Behandlungsberichte mitzubringen, soweit sie im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung bestehen. Bitte sprechen Sie ggf. Ihren überweisenden Arzt darauf an. Bilder auf einer **CD im DICOM-Format** können nur am Ende des Praxistages in unser System eingelesen werden – von daher ist es erforderlich, uns diese Bilder spätestens **am Tag vor Ihrem Praxisbesuch** zukommen zu lassen.
- **Rezepte über Hilfsmittel und Krankengymnastik** können im Regelfall nur nach ärztlicher Untersuchung nach Terminabsprache ausgestellt werden. Bitte denken Sie rechtzeitig an einen Termin. Bitte melden Sie später notwendige **Rezepte, Überweisungen, Bescheinigungen** etc. 2 Werktage vor Bedarf bei unseren Mitarbeiterinnen an.
- Aus rechtlichen Gründen sind wir verpflichtet Ihnen mitzuteilen, dass das Mobiliar der Praxis (exklusive der Liegen) i.d.R. eine **Belastungsgrenze von 125kg** aufweist. Sollten Sie schwerer sein und dies verschweigen, haften wir nicht für Personenschäden oder Schäden am Mobiliar durch Überlastung und machen Sie ggfs. für solche haftbar.
- Wir benötigen Ihr Einverständnis dafür, dass Ihre Behandlungsdaten Ärzten, die jetzt oder zukünftig ebenfalls mit Ihrer Behandlung betraut sind, zugänglich gemacht werden können. Dies gilt auch für den Fall einer Praxisvertretung, innerhalb einer Gemeinschaftspraxis oder bei Praxisübergabe. Bitte informieren Sie uns, wenn wir Ihrem Hausarzt einen Bericht über den Behandlungsverlauf zukommen lassen sollen.
- Wir arbeiten mit allen Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringern gerne zusammen. Sie haben somit die freie Wahl und unterliegen keiner Verpflichtung – und können Ihr Rezept da einlösen, wo Sie es wünschen.
- Noch eine Bitte: Ein klingelndes Mobiltelefon ist im Wartezimmer sowie bei Untersuchungen und Behandlungen eine Zumutung. Bitte stellen Sie es daher in der Praxis auf stumm und verzichten Sie auf Telefonate.

Bitte geben Sie Ihr Einverständnis zu allen genannten Punkten mit Ihrer Unterschrift

X

Datum _____

Unterschrift _____

Eine Kopie dieser Praxisinformation habe ich erhalten