

Erstkontaktbogen



Dr. med. Jürgen Neumaier
Dr. med. Ute Warnke, Dr. med. Julia Klee,
Dr. med. Anne Mackensen
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin
Hausärzte
Diabetologische Schwerpunktpraxis
Fliegerärztliche Untersuchungsstelle

Name: _____ geb.: _____

Telefon. Nr./Handy/geschäftlich: _____

E Mail Adresse: _____

Bei Überweisungspatienten:

Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im Hausarztvertrag HZV / DMP eingeschrieben?

HZV: Ja Nein

DMP: Ja Nein

Größe: _____ Gewicht: _____

Rauchen Sie?

Ja, wie viel / Tag? _____ Nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja, wie viel und was/ Tag? _____ Nein

Was ist zutreffend / haben oder hatten Sie? (bitte ankreuzen)

Bluthochdruck

Schlaganfall

Erhöhtes Cholesterin

Diabetes Mellitus

Durchblutungsstörungen/Gefäß OP

Herzinfarkt(e)

Tumorerkrankung

Herzrhythmusstörungen

Unterleibsoperation

Nervenstörung/Depressionen

Prostata Probleme

Nierenprobleme

Allergien (auch Medikamente)

Grad der Behinderung? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? (Welche Dosis?)

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

Gibt es in Ihrer Familie chronische Erkrankungen

Hatten Sie bereits eine der genannten Untersuchungen?

Ultraschall?

Nein Ja, wann, wo? _____

Magenspiegelung?

Nein Ja, wann, wo? _____

Darmspiegelung?

Nein Ja, wann, wo? _____

Computertomographie?

Nein Ja, wann, wo? _____

Kernspintomographie?

Nein Ja, wann, wo? _____

Herzkatheter?

Nein Ja, wann, wo? _____

Bitte wenden!

Zuletzt aktualisiert am 27.02.2024



Recallsystem

Möchten Sie in unser Recall System für z.B. für Impfungen / Gesundheitsuntersuchung / Krebsvorsorge / Kontrolluntersuchungen aufgenommen werden?

Nein Ja

Schweigepflicht

Wollen Sie Dr. Neumaier, Fr. Dr. Warnke, Fr. Dr. Klee und Fr. Dr. Mackensen von ihrer Schweigepflicht gegenüber einzelnen Personen entbinden?

Nein Ja, gegenüber folgenden Privatperson(en) _____

Datum Name in Druckbuchstaben + Unterschrift

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

Ich _____ erkläre mich einverstanden, dass
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

- mein behandelnder Arzt/Ärztin meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern zu führender Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern übermittelt.

- der mich behandelnde Arzt/Ärztin bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____

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 behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.