

# 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.