



Erfassungsbogen für Patient

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns beraten und untersuchen lassen wollen.
Damit wir die wichtigsten Dinge aufnehmen können, bitten wir Sie
Nachfolgendes sorgsam und vollständig auszufüllen:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Handynummer

Telefonnummer

Krankenkasse u Vers.-Nr.

E-Mail-Adresse

Beruf

Körpergröße Körpergewicht

Wurde Ihr Impfschutz in den letzten 10 Jahren überprüft?

Ja, im Jahr Nein

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

kann nicht ausgeschlossen werden

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung/Check up?

Dazu können keine Angaben gemacht werden im Jahr



Welche Vorerkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Krebs, Schlaganfall, Herzerkrankungen etc.)

| | | |
|-------------|----------------------|--------------------------------|
| Mutter | <input type="text"/> | Keine <input type="checkbox"/> |
| Vater | <input type="text"/> | Keine <input type="checkbox"/> |
| Großeltern | <input type="text"/> | Keine <input type="checkbox"/> |
| Geschwister | <input type="text"/> | Keine <input type="checkbox"/> |

Folgende Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt:

Keine

| | | | |
|-----|----------------------|------------|----------------------|
| OP: | <input type="text"/> | Datum/Jahr | <input type="text"/> |
| OP: | <input type="text"/> | Datum/Jahr | <input type="text"/> |
| OP: | <input type="text"/> | Datum/Jahr | <input type="text"/> |
| OP: | <input type="text"/> | Datum/Jahr | <input type="text"/> |
| OP: | <input type="text"/> | Datum/Jahr | <input type="text"/> |
| OP: | <input type="text"/> | Datum/Jahr | <input type="text"/> |

Folgende **Allergien** sind bei Ihnen bekannt:

| | |
|-------------------|----------------------|
| Gegen Medikamente | <input type="text"/> |
| Weitere Allergien | <input type="text"/> |

Risiko

| | |
|-----------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Rauchen | |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | |
| <input type="checkbox"/> Andere Risiken | <input type="text"/> |



Medikamente

- Es werden keine Medikamente eingenommen
- Es wird dieser Neuerfassung ein aktueller Medikamentenplan beigelegt.

| Medikament (Medikamentenname und Stärke) | Einnahme/ Menge (morgens – mittags – abends - nachts) |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> oder bei Bedarf <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> oder bei Bedarf <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> oder bei Bedarf <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> oder bei Bedarf <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> oder bei Bedarf <input type="checkbox"/> |

Nur für Schmerzpatienten auszufüllen

Sie werden aufgrund folgender Schmerzen bei uns vorstellig:

Ist Ihnen bereits eine Diagnose gestellt worden?
(z.B. Fibromyalgie, Migräne, Clusterkopfschmerz, Arthrose, etc.)

- Ja, folgende
- Nein

Waren Sie schon einmal in einer schmerztherapeutischen Behandlung?

- Ja, bei
- Nein

Ihr Hausarzt:





Erfassungsbogen für Patient

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen!

Eine hochwertige Versorgung jedes einzelnen Patienten ist uns sehr wichtig. Deswegen sind wir bemüht Ihren Termin pünktlich wahrzunehmen, dennoch kann es durch Notfälle etc. zu Wartezeiten kommen.

Des Weiteren bieten wir Ihnen die Möglichkeit regelmäßig an die Früherkennungsuntersuchungen (Checkup), strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) bei COPD, Asthma, Diabetes mellitus und KHK sowie Impfungen zu erinnern. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, die Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Außerdem bitten wir Sie um die Zustimmung für das Anlegen eines Fotos, für Ihre virtuelle Karteikarte.

Alle genannten Handlungen unterliegen dem Datenschutz und werden ausschließlich innerhalb der Praxis genutzt und gesichert.

Bitte bestätigen Sie auch, dass wir die Kosten der Zusendung von Rezepten, Überweisungen oder Befunden privat berechnen müssen.

Für weitere Anregungen sind wir Ihnen jederzeit dankbar.

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift





Datenschutzgrundverordnung:

Wir weisen Sie darauf hin, dass alle Ärzte dieser Praxis Einsicht in die Patientenkartei haben, das ermöglicht eine flexiblere und multimodale Behandlung.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir nach § 73 (1b) SGB V weitere erforderliche Befunde bei mitbehandelnden Ärzten, Therapeuten, Heimen oder Krankenhäuser einholen und übermitteln dürfen, schriftlich per Post, per Fax oder wenn gewünscht auch per email. Damit verbunden ist auch die Zusendung unseres „Newsletters“ per E-Mail.

Falls Sie Fragen zu diesem Schreiben haben, senden Sie bitte ein Email an info@praxis-kuester.de Nach erfolgreicher abgeschlossener Anmeldung, können Sie den Erhalt des NEWSLETTERS durch Widerruf Ihrer Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per Email, postalisch oder online info@praxis-kuester.de abbestellen.

Bitte beachten Sie, dass wir grundsätzlich keine medizinische Beratung allein über E-Mail-Verkehr durchführen! Diese Antwort auf Ihre E-Mail erfolgt in Unkenntnis des genauen Beschwerdebildes, der Anamnese sowie der Begleitumstände und Voruntersuchungen. Sie ersetzt daher nicht den persönlichen Kontakt zu einem behandelnden Arzt Ihres Vertrauens. Diese Informationen und Stellungnahmen erfolgen daher ausdrücklich unter Ausschluss jeglicher Haftung.

Es ist darauf hinzuweisen, dass E-Mail-Nachrichten ohne zusätzliche Verschlüsselung und Zertifizierung nicht als vertraulich einzustufen sind und die Möglichkeit der Kenntnisnahme Dritter im Netz besteht. Der Vertraulichkeitsgrad entspricht hier demjenigen einer Postkarte. Wir bitten, dies entsprechend zu berücksichtigen

Für weitere Anregungen sind wir Ihnen jederzeit dankbar.

Ihr Praxisteam Dr. med. Küster

Datum

Unterschrift des Patienten

Geburtsdatum

Name in Druckbuchstaben

