

ERHEBUNGSBOGEN FÜR DEN PATIENTEN-ERSTKONTAKT

(V. 20130224)

Name, Vorname *geboren

Anschrift

Telefon /

Fax /

E-Mail

Versicherung /

Zusatzversicherung

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 Fragebogen komplett und sorgsam aus.

Nehmen Sie sich dazu Zeit und übersenden Sie ihn uns, gern auch per Fax oder E-Mail.

Was sind Sie von **Beruf**?

Besteht bei Ihnen eine Gerinnungsstörung ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Gerinnungshemmer wie Phenprocoumon (Marcumar, Falithrom...) Acetylsalizylsäure (ASS, Aspirin...), Ticlopidin (Tiklid...), Clopidogrel (Plavix, Iscover...) o.a.?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen bei Ihnen Durchblutungsstörungen ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Herzerkrankung oder hoher Blutdruck ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Bronchial- oder Lungen-Erkrankung ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Magen- und Darmerkrankung ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen bei Ihnen neurologische oder psychische Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Gelenkprothesen oder stark bewegungseingeschränkte Gelenke ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Tumor- bzw. Krebserkrankung ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, HIV, Tbc etc.)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen bei Ihnen Medikamenten -Allergien / -Unverträglichkeiten ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bestehen bei Ihnen besondere Risikofaktoren (wie Rauchen, Alkohol)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bekommen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen bzw. läuft ein Rentenantrag?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bitte geben Sie Ihr Gewicht und Ihre Körpergröße an:		
	kg	cm

Bitte machen Sie vollständige Angaben zu folgenden Fragen und geben Sie Zeitpunkte an. Bitte nutzen Sie dazu separate Blätter und unterzeichnen Sie Ihre Angaben.

1. Welche anderen **Erkrankungen** oder **Verletzungsfolgen** liegen bei Ihnen vor?
2. Welche **Operationen** wurden bei Ihnen durchgeführt?
3. Welche **Allergien** sind bei Ihnen bekannt?
4. Welche **Krankheitssymptome** machen die Arztvorstellung notwendig?
Seit wann bestehen sie?
5. Bestehen **neurologische** Störungen? Welche und seit wann?
6. Welche **Ärzte** haben Sie wegen der aktuellen Erkrankung bisher aufgesucht?
7. Wie und womit wurden Sie bisher **behandelt**?
8. Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Datum Unterschrift

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes zukünftig selbständig mit.

Vielen Dank für Ihre Mühe,

Das Praxisteam

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beachten Sie die folgenden organisatorischen Regelungen in unserer Praxis:

- Vereinbaren Sie Ihren **Termin bitte 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 E-Mail, Fax oder SMS). 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 sehr 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 vergebenen Termine sind nicht bindend im rechtlichen Sinne. Bitte fragen Sie nach Möglichkeiten, Ihre **Wartezeit** so kurz wie möglich zu halten.
- Radiologische Befundberichte allein reichen nicht aus. Bild-Ausdrucke auf Papier sind zur Diagnostik nicht geeignet. Um Ihre Erkrankung sorgsam beurteilen zu können, benötige ich Ihre aktuellen **Röntgen-Aufnahmen (auf Folien oder CD), CT- oder MRT-Bilder (in jedem Falle auf CD)** und zusätzlich die Befundberichte. Bitte beschaffen Sie die **CD im DICOM-Format**, um Wiedervorstellungen aus nur diesem Grunde zu vermeiden. Es ist auch notwendig, wesentliche **Befunde** und **stationäre Behandlungsberichte** mitzubringen, soweit sie im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen. Bitte sprechen Sie ggf. Ihren überweisenden Arzt darauf an.
- **“off-label use“ von Medikamenten**: In der Schmerztherapie werden einige Medikamente seit vielen Jahren verantwortlich und erfolgreich eingesetzt, die ursprünglich vom Hersteller dazu nicht vorgesehen waren. Das sind z.B. Diclofenac (z.B. Voltaren®) und Ibuprofen zur Behandlung von Bein- oder Armschmerzen bei Bandscheibenvorfall, hochwirksame Cortisonpräparate (z.B. Dexamethason zur Infusion, Triamcinolon zur PRT). Sie werden bei vorgeschlagenem Einsatz solcher Präparate besonders informiert. Eben solches gilt für Wirbelgelenkbehandlungen mit naturheilkundlichen Mitteln (z.B. Traumeel®, Allya®) bzw. Hyaluronsäure.
- **Rezepte über Hilfsmittel und Krankengymnastik** können nur nach ärztlicher Untersuchung nach Terminabsprache ausgestellt werden. Bitte denken Sie rechtzeitig an einen Termin. Bitte melden Sie später notwendige **Rezepte, Überweisungen, Bescheinigungen** etc. 3 Werktage vor Bedarf bei unseren Mitarbeiterinnen an.
- Aus rechtlichen Gründen sind wir verpflichtet Ihnen mitzuteilen, dass das Mobiliar der Praxis einschließlich der Liegen i.d.R. eine **Belastungsgrenze von 125 kg** aufweist. Sollten Sie schwerer sein und dies verschweigen, haften wir nicht für Personenschäden oder Schäden am Mobiliar durch Überlastung und machen Sie ggf. für solche haftbar.
- Wir benötigen Ihr Einverständnis dafür, dass Ihre Behandlungsdaten Ärzten, die jetzt oder zukünftig ebenfalls mit Ihrer Behandlung betraut sind, in Praxis oder Krankenhaus zugänglich gemacht werden können. Dies gilt auch für den Fall einer Praxisvertretung, innerhalb einer Gemeinschaftspraxis, einer Praxisgemeinschaft, einem Medizinischen Versorgungszentrum oder bei Praxisübergabe. Insbesondere gilt Ihr Einverständnis auch für einen **Brief an den Hausarzt sowie überweisenden Facharzt bzw. die behandelnde Klinik**. Wenn Privatrechnungen gestellt werden, werden diese in der Regel von einer **Privatärztlichen Verrechnungsstelle** erstellt und verschickt, der dazu Ihre persönlichen und Behandlungsdaten übermittelt werden.
- Selbstverständlich können Sie **Kopien** vorliegender Arztbriefe bzw. Aufklärungspapiere erhalten. Bitte sprechen Sie unsere Arzthelferinnen an.
- Noch eine Bitte: Angeschaltete **Mobiltelefone** stören elektrophysiologische Untersuchungen erheblich (EMG, ENG, SSEP). Ein schellendes Mobiltelefon ist bei Untersuchungen und Behandlungen eine Zumutung. Bitte stellen Sie es in der Praxis möglichst stumm.

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

Datum Unterschrift