

Erstausnahmebogen Hausarztpraxis Crivitz

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal versorgen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon Festnetz:

Telefon Handy:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Familienstand:

Kinder Anzahl:

Wer hat das Sorgerecht für das Kind / die Kinder?

Besteht ein alleiniges Sorgerecht?

Ja Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja Nein

Wenn ja, welchen und seit wann? (Gerne eine Kopie des Bescheides zukommen lassen)



Haben Sie eine Schwerbehinderung? Ja Nein

Wenn ja, seit wann und was? (Gerne eine Kopie des Bescheides zukommen lassen)

Haben Sie einen Pflegedienst, der Sie versorgt? Ja Nein

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Ja Nein

Wenn ja, wer (mit Telefonnummer und Adresse)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche oder besser noch den aktuellen Medikationsplan beilegen (am besten den Bundeseinheitlichen Medikationsplan mit Code oben rechts):

Freitext für Medikamenteneingabe, wenn kein Plan vorhanden.

Haben Sie Vorerkrankungen? Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzerkrankungen Ja Nein

Schlaganfall (Folgen eines Schlaganfalls) Ja Nein

Durchblutungsstörungen Beine Ja Nein

Zuckerkrankheit Ja Nein

Infektionskrankheiten Ja Nein

Lungenerkrankungen Ja Nein

Lebererkrankungen Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Psychische Erkrankungen Ja Nein

Bluterkrankungen Ja Nein

Krampfleiden Ja Nein

Augenkrankheiten Ja Nein

Hautkrankheiten Ja Nein

Sonstige Erkrankungen Ja Nein

Sind Sie in ein DMP (Disease Management Programm) eingeschrieben?

Ja Nein

Wenn ja, welches?

Asthma

COPD

KHK

Diabetes Typ 2

Wurden Sie bereits operiert? Ja Nein

Wenn ja, was und wann?

Rauchen Sie Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, was? (Sollten Sie einen Allergieausweis besitzen, lassen Sie uns gerne eine Kopie zukommen)

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wie schwer sind Sie? _____ kg

Gibt bei Ihren Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Kinder) familiäre Krankheiten?

Sofern vorhanden, lassen Sie uns eine Kopie Ihres Impfpasses zukommen.

Haben Sie in den letzten drei Jahren an Vorsorgeuntersuchungen (Check-Up / Hautkrebsscreening) teilgenommen? Ja Nein

Wenn ja, wann und was?

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung und / oder eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Wenn ja, können Sie uns hiervon ebenfalls gerne eine Kopie zukommen lassen.

Sofern Ihnen wichtige Vorbefunde (z.B. Facharztbefunde, Krankenhausentlassungsbriefe) vorliegen, lassen Sie uns diese ebenfalls gerne zukommen.

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Wir möchten mit einer Kombination aus akut- und offener Sprechstunde Montag bis Freitag von 09:30-12.00 Uhr – letzte Annahme 11:00h (hier kann man mit akuten Beschwerden immer vorstellig werden) und Terminsprechstunde (Besprechen von Befunden, Auswertungen, etc.) arbeiten, um die Wartezeiten für Sie zu optimieren.

Bestellungen von Folgerezepten, etc. können Sie uns gerne Online, per Fax oder auch telefonisch zukommen lassen.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie kontaktieren dürfen (z.B. Befundmitteilung, Erinnerung an Termin, Erinnerung an Vorsorge / Impfungen, etc.)?

Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Wege wollen Sie vorzugsweise kontaktiert werden?

Festnetz:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Sonstiges: _____

Mit freundlichen Grüßen

Hausarztpraxis Crivitz
Facharztzentrum LUP-Kliniken gGmbH

Einwilligungserklärung Datenverarbeitung

Name

Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt (Facharztzentrum LUP-Kliniken gGmbH, Hausarztpraxis Crivitz)

- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch ihn durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt;
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

(Ort, Datum, Unterschrift)