

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie richtig behandeln zu können und um Ihre Behandlung genau auf Sie abstimmen zu können, ist es wichtig, einige Informationen von Ihnen zu erhalten. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name, Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

E-Mail

Telefon

<input type="text"/>

Strasse und Hausnummer

<input type="text"/>

Postleitzahl und Ort

<input type="text"/>

Beruf und wöchentliche Arbeitszeit

<input type="text"/>

Hausarzt / Überweiser (Name, Adresse)

Wie möchten Sie angesprochen werden ?

Herr

Frau

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren ?

Ja

Nein

Wünschen Sie Eintragungen in Ihre ePatientenakte?

Ja

Nein

Dürfen wir Befunde bei anderen Ärzten abfragen?

Ja

Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns ?:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Handelt es sich um?

akute Beschwerden

Kontrolle

Vorsorge

2. Meinung

Liegen bei Ihnen bekannte Allergien vor? (bitte vollständig ausfüllen):

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Medizinische Angaben:

<input type="text"/>

Körpergröße (cm)

<input type="text"/>

Gewicht (kg)

Dauermedikamente: Bei mehr als 3 Medikamenten, bringen Sie bitte Ihren bundeseinheitlichen Medikationsplan mit QR-Code mit.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie an mindestens einer der folgenden Symptome / Krankheiten / Infektionen leiden oder litten:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenstörung | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hirntumor |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Insulinpumpe |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen | <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP | <input type="checkbox"/> Darm OP |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Potenzstörung | <input type="checkbox"/> Libidostörung | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gemütsstörung | <input type="checkbox"/> Angststörung |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> Basedow |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> SD-Unterfunktion | <input type="checkbox"/> SD-Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Bauchschmerz |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ständiges Räuspern |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Magersucht | <input type="checkbox"/> Bulimie |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter OP | <input type="checkbox"/> Eierstockzyste | <input type="checkbox"/> PCOS |
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Männliche Behaarung | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie |

Wieviele Kinder haben Sie?

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? (Art des Eingriffs)

Wann war Ihre erste Periode? (zirka)

Wann war Ihre letzte Periode?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchen Sie ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie die Pille ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie leibliche Kinder ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Laktoseintoleranz ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie NIE Alkohol ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Treiben Sie mehr als 1 Stunde Sport pro Woche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie länger als 3 Monate Kortison genommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie mehr als 3 Liter am Tag? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie mehr als 0,5 Liter pro Nacht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie bereits eine Magenspiegelung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist in Ihrer Familie Brustkrebs bekannt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist in Ihrer Familie Darmkrebs bekannt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verwenden Sie eine hormonelle Verhütungsmethode? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hiermit stimmen Sie zu, dass wir Ihre Daten für die interne Datenverarbeitung zum Zwecke Ihrer Behandlung gespeichert werden. Dies beinhaltet auch Laboruntersuchungen, die auswärtig durchgeführt werden und andere Dritte die zur Organisation, Durchführung und Verwaltung der Behandlung hinzugezogen werden. (zB. Online Terminvereinbarung, Abrechnungsstellen...)

Wir erstellen einen Arztbericht sobald alle Befunde vorliegen. Ihre Befunde und Ergebnisse werden Ihrem Hausarzt oder Überweiser per eArztbrief über das sichere KV-SafeNet übermittelt. Zusätzlich erhalten Sie - sobald technisch möglich - eine Kopie aller erhobener Befunde auf Ihre elektronische Patientenakte gespielt. Vielen Dank für Ihr Verständnis, dass Vorabinformationen über Ergebnisse nicht kommuniziert werden und Zwischenberichte nicht erstellt werden können. Wenn sich Ergebnisse zeigen, die ein umgehendes Handeln erfordern, werden Sie als Patient telefonisch informiert und notwendige Schritte werden eingeleitet (Rezept / Überweisung ...). Im medizinischen Notfall sind wir für Kollegen stets erreichbar.

Für Papierkopien sowie durch Sie angeforderte Dokumente müssen wir Ihnen eine Bearbeitungsgebühr analog GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) berechnen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei schuldhaften, kurzfristigen Terminabsagen unter 24 Stunden, oder bei schuldhaftem Nichterscheinen zum Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,- Euro fällig ist.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. Unterschrift Vormund

Bitte drucken jetzt den ausgefüllten Aufnahmebogen aus und bringen das Formular unterschrieben mit zu Ihrem Termin. Vergessen Sie bitte nicht: Versichertenkarte, Überweisungsschein, Vorbefunde und Medikationsplan mit QR-Code.