

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.



Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Mobil	
Beruf	

Allgemeine Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besitzen Sie ein Blutdruckmessgerät?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	wenn ja, wie viel? Stck/Tag, seit..... Jahren	
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	wenn ja: Behandlung mit <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Insulin	
Fußprobleme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	wenn ja, welche?.....	
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Herzerkrankungen

Herzkatheteruntersuchung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wann? Wo?
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Kurzatmigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Krankenhausaufenthalte (wg. Herz oder Gefäße)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wann? Wo?
Schlafapnoe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Alkoholkonsum	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, Menge?/Woche

Allgemeine Angabe

Medikation	Bitte auf der Rückseite vermerken oder Medikantenplan vorlegen. <input type="radio"/> keine Dauermedikation
Fachärztliche Betreuung	<input type="radio"/> Kardiologie <input type="radio"/> Nephrologie <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Lungenfacharzt
Laborbefunde	Haben Sie aktuelle Laborbefunde? Von wann?

Einverständniserklärung des Patienten zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V



Durch den Patienten auszufüllen:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon Festnetz/Mobil

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten, Befunde, Rezepte und Überweisungen an meinen Hausarzt oder andere Fachärzte und Leistungserbringer übermittelt, sowie von meinem Hausarzt oder anderen Fachärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten, Befunde und Überweisungen anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt:

Mein Augenarzt:

- Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde meines behandelnden Arztes per E-Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde über die Unsicherheit dieser Datenübertragung informiert.

Meine E-Mail:

- Ich willige ein, dass ich von der Praxis Dr. Schultes per Telefon, E-Mail, SMS und postalisch zum Zweck der Terminerinnerung kontaktieren werden darf.

- Folgende bevollmächtigte Person/en dürfen Behandlungsdaten, Rezepte, Überweisungen für mich entgegennehmen:

Name, Vorname, Adresse:

.....
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters