

Fragebogen / Einverständniserklärung

Allgemeine Angaben (Bitte deutlich in Druckbuchstaben)

Datum: _____

Name/Vorname _____

Straße, Wohnort _____

eMail-Adresse _____

Telefon tagsüber _____ ggf. Handy _____

Geburtsdatum _____

Überweisung durch _____

Krankenkasse _____ Versicherter _____

An wen soll ein Arztbrief geschrieben werden? Patient Hausarzt Überweiser Anderen Arzt

Name; Anschrift: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

Empfehlung anderer Ärzte

Private Empfehlung

Einverständniserklärung	Nein	Ja	Datum, Unterschrift
Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass bei Bedarf meine Befunde an andere mitbetreuende Ärzte weitergeleitet bzw. angefordert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass Kontaktaufnahme und Zusendung von Befunden / Patienteninformationen per Email an oben genannte Email-Adresse versendet erfolgen. Der Email-Versand wird mit dem Transportverschlüsselungsprotokoll STARTTLS durchgeführt. Eine Ende zu Ende Verschlüsselung, oder durch eine verschlüsselte ZIP-Datei ist noch nicht möglich! Wenn Sie JA ankreuzen, dann erklären Sie sich explizit einverstanden, dass eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung nicht möglich ist und Befunde etc. evtl. von nicht Berechtigten gelesen werden könnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich möchte meine Befunde mit Lifetime (Programm für digitalen, datenschutzkonformen, verschlüsselten Versand von Dokumenten) auf mein Smartphone erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich möchte meine Befunde per Post erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass Laborproben und –daten an ein externes Labor weiter gegeben werden. Mir ist bewusst, dass bei bestimmten Anforderungen eine Abrechnung der Laborleistung durch das Labor erfolgen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich möchte bis auf Widerruf an meinen nächsten Termin per Email erinnert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nur bei Patienten mit DIABETES MELLITUS: Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass der Hilfsmittelbedarf an eine Versandapotheke gesendet wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte wenden 

Dokument	Erstellt/Freigabe	Geprüft	Seite 1 von 2
Fragebogen Anamnese Einverständnis PKV.doc	Diana Karnath, Monika Bernhardt 7/20		

Anamnese

Grund der Vorstellung _____

Vorerkrankungen/Operationen:

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Haben Sie an Gewicht zugenommen?

Nein

Ja ____ kg

In welchem Zeitraum: _____

Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?

Nein

Ja _____ kg

Nehmen Sie Biotin ein?

Nein

Ja

Ist in der Familie Bluthochdruck bekannt?

Nein

Ja; wer? _____

Ist in der Familie ein Diabetes bekannt?

Nein

Ja; wer? _____

Ist in der Familie Brustkrebs bekannt?

Nein

Ja; wer? _____

Ist in der Familie eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

Nein

Ja; wer? _____

Bei Frauen: Ist Ihre Periode regelmäßig?

Nein

Ja

Welcher Zyklustag ist heute? (gezählt ab dem 1. Tag. der letzten Blutung) _____

Sind Sie schwanger? Falls ja, welche SSW _____

Sind sie nüchtern: Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja ____ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie? : _____

Datum, Unterschrift der/s Patienten/in

Dokument	Erstellt/Freigabe	Geprüft	Seite 2 von 2
Fragebogen Anamnese Einverständnis PKV.doc	Diana Karnath, Monika Bernhardt 7/20		