

Personendaten

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

geboren am: _____

Beruf: _____

Straße: _____

Ort: _____

Postleitzahl: _____

Krankenkasse: _____

Kontaktdaten privat

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

Kontaktdaten dienstlich

Telefon: _____

Identitätsprüfung

Laut Bundesmantelvertrag sind Ärzte verpflichtet, Ihre Identität zu prüfen.

(Auszug „Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte - Stand: 1. Januar 2018“ „Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die {...} Gesundheitskarte vorzulegen. Der Arzt ist verpflichtet, die Identität des Versicherten zu prüfen. Die Identität des Versicherten ist anhand der {...} Identitätsdaten (Lichtbild {...}, Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) zu prüfen.“ Quelle KBV Rechtstexte)

Kontakt

Ich stimme zu, dass mich die Praxis Dr. Weinmann über die von mir mitgeteilten Kontaktdaten (Telefon, Mobilfunk, Postadresse, E-Mail etc.) kontaktieren darf (z. B. zur Besprechung von Laborbefunden).

Bildgebende Dokumentation

Ich bin mit der Fotodokumentation meiner Befunde z. B. Leberfleck, Hautekzem und/oder Wunde(n) einverstanden.

Übermittlung von Befunden

Ich bin mit der anonymisierten Übermittlung von medizinischen Befunden über meine Person an externe ärztliche Kollegen einverstanden, sofern dies einer verbesserten medizinischen Betreuung zweckdienlich ist. Vor der Übermittlung personengebundener Daten ist - davon unabhängig- mein erneutes mündliches Einverständnis erforderlich.

Personen im Notfall

Nennen Sie uns bitte Personen, welche wir über Ihren Gesundheitszustand informieren dürfen:

Name: _____

Telefon: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja → Bitte legen Sie uns einen Medikationsplan vor.

Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

allergisches Asthma

Heuschnupfen

Unverträglichkeit gegen Substanzen/Medikamente?

Wenn ja, welche?

Allergien (außer Heuschnupfen)?

Welche Beschwerden haben Sie aktuell:

Atemnot

Schmerzen/Druckgefühl im Brustkorb

Fieber

Herzstolpern/Herzrasen

ungewohnte Schweißneigung

Schwindel

Stürze/Ohnmachten

Übelkeit/Erbrechen

Durchfall/Verstopfung

Gewichtsverlust in kg: _____ in welcher Zeit: *

Rasche Ermüdung*

gedrückte Stimmung*

ich kann keine Freude empfinden *

Angst*

ich habe keinen Antrieb *

* Wenn Sie an diesen Stellen ein Kreuz gesetzt haben, füllen Sie bitte zusätzlich den beiliegenden Fragebogen Goldberg aus.

Sind bei Ihnen diese Erkrankungen bekannt:

Lungenerkrankung (außer allerg. Asthma)

Diabetes mellitus

Typ 1 oder

Typ 2 seit

Insulinpflichtig, seit

Epilepsie

Herzerkrankung

Krebsleiden

chronische Infektionserkrankungen

Magen- Darmerkrankungen

Nierenleiden

Schlaganfall

Thrombose oder Embolien

Andere

Sind die oben genannten Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

Wurden Sie schon einmal operiert?

Knochenbruch

Nieren

Harnblase

Kopf/Wirbelsäule

Blinddarm entfernt

Gefäße

Herz

Gallenblase entfernt

Magen- Darmerkrankungen

andere

Tragen Sie Implantate?

Herzschrittmacher oder Implantierbarer Defibrillator Hörprothese
Gelenkersatz _____
Andere _____

nur für Frauen

besteht eine Erkrankung der weiblichen Unterleibsorgane? _____

Ich nehme die Pille.

Ich könnte aktuell schwanger sein.

Wurden Sie schon einmal gynäkologisch operiert? _____

nur für Männer

Besteht eine Erkrankung der Prostata? _____

Wurde Sie schon einmal urologisch operiert? _____

Ernährung, Alkohol, Rauchen, Drogen

Folgen Sie einer bestimmten Ernährung z. B. vegan o. vegetarisch
andere _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

gelegentlich

_____ Bier pro Woche

_____ Glas Wein pro Woche

_____ Spirituosen pro Woche

Rauchen Sie? _____ Zigaretten pro Tag, seit _____ Jahren

Nehmen Sie Drogen ein? _____

Sportliche Aktivitäten _____

Körpergewicht _____ kg

Körpergröße _____ cm

Die Richtigkeit der Angaben bestätige ich hiermit,

Dresden, den

Unterschrift des Patienten

(oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18- Jährigen oder Geschäftsunfähigen)