

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte schalten Sie Handys in den Flugmodus, sie stören unsere Messungen
Bitte geben Sie vorab mitgebrachte Vorbefunde/Unterlagen an der Anmeldung ab

Bevor wir uns ausführlich über den Grund Ihres Kommens unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gute und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/ggf. Titel	Vorname	Geb.- Datum	Gewicht/Größe
Beruf	Familienstand	Kinder	Tel. Festnetz/Handy

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Bei welchen Ärzten sind Sie zur Zeit in Behandlung und wer soll einen Befundbericht bekommen? Wer ist Ihr HAUSARZT?

Welche Medikamente nehmen Sie ein und in welcher Dosis?

Konsumieren Sie: Alkohol, wie viel: Nikotin, wie viel: Drogen, wie viel:

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen, bitte mit genauen Angaben und Daten

Allergien:	Marcumartherapie:	Herzschrittmacher:
hoher Blutdruck:	Herzkrankungen:	Ohnmachtsanfälle:
Zuckererkrankung (Diabetes):	niedriger Blutdruck:	Schilddrüse:
Krebserkrankung:	Magen-Darm-Erkrankung:	Operationen:
Bluterkrankungen:	Epilepsie:	Unfälle:
rheum. Erkrankungen:	Infektionserkrankungen:	

Hatten Sie in der Kindheit chronische Erkrankungen?

Welche schweren Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Erfolgt in den letzten Jahren eine MRT-, CT-, Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung?

Erfolgt Corona-Impfungen? Wenn ja, wieviele?

Haben Sie eine Anerkennung auf Schwerbehinderung, Frühberentung oder Berentung bzw. wurde ein Antrag gestellt?

Wir bemühen uns um kurze Wartezeiten. Dennoch können durch akute Krankheitsfälle und andere nicht planbare Umstände Verzögerungen eintreten. Wir bitten hierfür um Verständnis. Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 1 Tag vorher ab.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Datum

Unterschrift

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungsbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name: _____ geb. _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dres. Niermann, Baumgärtner, Turmhof 4, 42103 Wuppertal

BITTE ANKREUZEN !!!!!

- den weiterbehandelnden Ärzten den Krankenhäusern dem Labor
 der Krankenkasse, den Behörden wie z.B. Versorgungsamt, Deutsche Rentenversicherung etc.
 dem Seniorenwohnheim bzw. dem vom Patienten beauftragten Pflegedienst

weitergegeben werden dürfen.

- mit Datenaustausch im Rahmen von KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen, daher elektronischer Medikamentenplan + Notfalldatenmanagement+ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)
 Mit einem Anruf der behandelnden Ärzte zu einer Befundbesprechung etc. bin ich einverstanden

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/ Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Wuppertal, den _____
Datum

Unterschrift

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein- westfälischen Heilberufskammern (Ärztekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Tierärztekammer Nordrhein, Tierärztekammer Westfalen-Lippe, Zahnärztekammer Nordrhein, Zahnärztekammer Westfalen Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen Lippe und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.04.2018 wieder.

- Frau/Herr _____ darf für mich Rezepte abholen