



Erfassungsbogen für Neu-Patient

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns beraten und untersuchen lassen wollen. Damit wir die wichtigsten Dinge aufnehmen können, bitten wir Sie Nachfolgendes sorgsam und **vollständig** auszufüllen:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort) _____

Handynummer _____

Telefonnummer _____

Krankenkasse u Vers.-Nr _____

E-Mail-Adresse _____

(sollten wir Sie telefonisch nicht erreichen können (Terminabsage, etc.) würden wir uns auf diesem Wege bei Ihnen melden)

Ggf. bei Privatpatienten **abweichende Rechnungsanschrift** (z.B. bei Minderjährigen) :

Beruf (wichtig wegen Stressoren oder Arbeitsstoffbelastungen):

Körpergröße (cm): _____
(wichtig bei Medikamentengabe zur Dosisberechnung)

Körpergewicht (kg): _____

Wurde Ihr Impfschutz in den letzten 10 Jahren überprüft?

Ja, im Jahr _____ Nein

Bei Frauen:

Sind Sie schwanger (wichtig wegen eventueller Medikamenten) ?

Ja Nein kann nicht ausgeschlossen werden.

Nehmen Sie die „Pille“ oder andere Hormonpräparate (wichtig wg Thromboserisiko) ?

Ja Nein

Wann war Ihre **letzte Vorsorgeuntersuchung/ Check Up** ?

Dazu können keine Angaben gemacht werden im Jahr _____



Welche **Vorerkrankungen** sind in Ihrer **Familie** bekannt? (Krebs, Schlaganfall, Herzerkrankungen etc.)

Mutter	_____	Keine	_____
Vater	_____	Keine	_____
Großeltern	_____	Keine	_____
Geschwister	_____	Keine	_____

Folgende **Operationen** wurden bei **Ihnen** durchgeführt:

Keine

OP: _____ Datum/Jahr _____

OP: _____ Datum/Jahr _____

OP: _____ Datum/Jahr _____

OP: _____ Datum/Jahr _____

OP: _____ Datum/Jahr _____

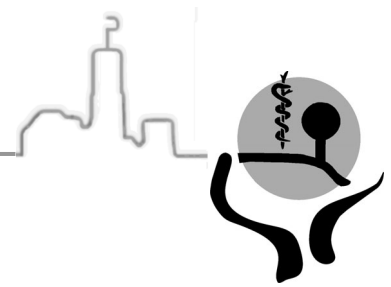
Folgende **Allergien** sind bei Ihnen bekannt:

Gegen Medikamente _____

Weitere Allergien _____

Risikofaktoren

- Rauchen
- Alkohol
- Bluthochdruck
- Übergewicht
- familiäre Risikofaktoren: _____
- Andere Risiken: _____



Medikamente:

- Es werden **keine** Medikamente eingenommen
- Es wird dieser Neuerfassung ein aktueller Medikamentenplan beigelegt.
(Wenn uns ein aktueller Medikamentenplan vorgelegt wird benötigen wir keine weiteren Auskünfte bzgl. Ihrer Medikation)

Medikament

(Medikamentenname und Stärke)

Einnahme/ Menge

(morgens – mittags – abends – nachts)

___ - ___ - ___ - ___ oder bei Bedarf

___ - ___ - ___ - ___ oder bei Bedarf

___ - ___ - ___ - ___ oder bei Bedarf

___ - ___ - ___ - ___ oder bei Bedarf

___ - ___ - ___ - ___ oder bei Bedarf

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen!

Eine hochwertige Versorgung jedes einzelnen Patienten ist uns sehr wichtig. Deswegen sind wir bemüht Ihren Termin pünktlich wahrzunehmen, dennoch kann es durch Notfälle etc. zu Wartezeiten kommen.

Des Weiteren bieten wir Ihnen die Möglichkeit regelmäßig an die **Früherkennungsuntersuchungen** (Checkup), **strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)** bei COPD, Asthma, Diabetes mellitus und KHK sowie **Impfungen** zu erinnern. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, die Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Außerdem bitten wir Sie um die Zustimmung für das Anlegen eines Fotos, für Ihre virtuelle Karteikarte.

Alle genannten Handlungen unterliegen dem Datenschutz und werden ausschließlich innerhalb der Praxis genutzt und gesichert.

Bitte bestätigen Sie auch, dass wir die Kosten der Zusendung von Rezepten, Überweisungen oder Befunden privat berechnen müssen.

Für weitere Anregungen sind wir Ihnen jederzeit dankbar.

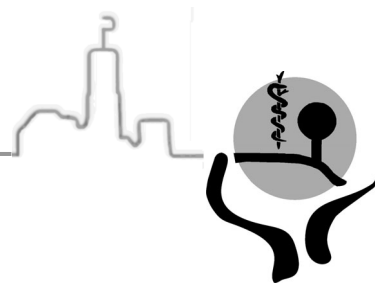
Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift

.....

.....



Datenschutzgrundverordnung:

Wir weisen Sie darauf hin, dass alle Ärzte dieser Praxis Einsicht in die Patientenakte haben, das ermöglicht eine flexiblere und multimodale Behandlung.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir nach § 73 (1b) SGB V weitere erforderliche Befunde bei mitbehandelnden Ärzten, Therapeuten, Heimen oder Krankenhäuser einholen und übermitteln dürfen, schriftlich per Post, per Fax oder wenn gewünscht auch per email. Damit verbunden ist auch die Zusendung unseres „Newsletters“ per E-Mail.

Falls Sie Fragen zu diesem Schreiben haben, senden Sie bitte ein Email an info@praxis-kuester.de Nach erfolgreicher abgeschlossener Anmeldung, können Sie den Erhalt des NEWSLETTERS durch Widerruf Ihrer Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per Email, postalisch oder online info@praxis-kuester.de abbestellen.

Bitte beachten Sie, dass wir grundsätzlich keine medizinische Beratung allein über E-Mail-Verkehr durchführen! Diese Antwort auf Ihre E-Mail erfolgt in Unkenntnis des genauen Beschwerdebildes, der Anamnese sowie der Begleitumstände und Voruntersuchungen. Sie ersetzt daher nicht den persönlichen Kontakt zu einem behandelnden Arzt Ihres Vertrauens. Diese Informationen und Stellungnahmen erfolgen daher ausdrücklich unter Ausschluss jeglicher Haftung.

Es ist darauf hinzuweisen, dass E-Mail-Nachrichten ohne zusätzliche Verschlüsselung und Zertifizierung nicht als vertraulich einzustufen sind und die Möglichkeit der Kenntnisnahme Dritter im Netz besteht. Der Vertraulichkeitsgrad entspricht hier demjenigen einer Postkarte. Wir bitten, dies entsprechend zu berücksichtigen

Für weitere Anregungen sind wir Ihnen jederzeit dankbar.

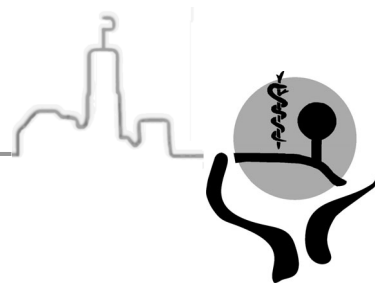
Ihr Praxisteam Dr. med. Küster

Datum

Unterschrift des Patienten

Geburtsdatum:

Druckbuchstaben des Patienten



Behandlungsvertrag Privatpatienten

(bei Minderjährigen bitten wir den Hauptversicherten dies auszufüllen)

Name / Vorname , geb. _____

Adresse: _____

Krankenkasse des Patienten: _____

Abrechnungshinweise: (*können wir noch anlegen, wenn gewünscht*)

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/In entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Bitte geben Sie Ihre Kasse exakt an, da manche private Kassen andere *Steigerungsfaktoren* haben. Wir müssen ausdrücklich darauf hinweisen, dass eine *nachträgliche Reduzierung des Steigerungsfaktors NICHT möglich* ist und erfolgt und Sie ggf. auf Kosten „sitzen bleiben“, die Ihnen Ihre Kasse nicht erstattet. Mit der Unterschrift erklären Sie die Kenntnisnahme dieser Information.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Bonn, den _____

.....
(Unterschrift des Zahlungspflichtigen)

.....
(Dr. med. M. Küster)

Bonn, den _____
Unterschrift Patient