

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 _____

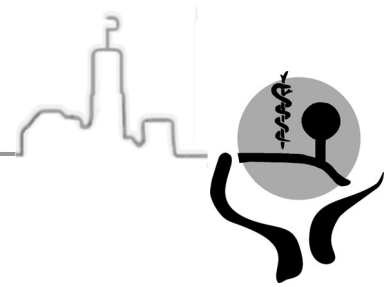
Folgende **Allergien** sind bei Ihnen bekannt:

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

Sie werden **aufgrund folgender Schmerzen** bei uns vorstellig:

Ist Ihnen bereits vor hiesiger Ersterfassung externe eine **Schmerz- Diagnose** gestellt worden?
(z.B. Fibromyalgie, Migräne, Clusterkopfschmerz, Arthrose, etc.)

- Ja, folgende _____
- Nein

Waren Sie schon einmal in einer **schmerztherapeutischen Behandlung**?

- Ja, bei _____
- Nein

Ihr Hausarzt :

Nehmen Sie bei Ihrem Hausarzt an der **HZV (Hausarzt-Zentrierten Versorgung)** teil ? Wichtig !!!

- Ja,
- Nein



Sollten Sie neben der schmerzmedizinischen Anbindung zukünftig auch hausärztlich zu uns wechseln bitten wir Sie dies unseren Mitarbeiter an der Anmeldung mitzuteilen.

Sie möchten auch hausärztlich in Zukunft zu uns kommen (*bitte ankreuzen bei Interesse*)

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.

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 PD 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)

.....
(PD Dr. med. M. Küster)

Bonn, den _____
Unterschrift Patient

Schmerz- und Palliativ – Zentrum Bonn

& Fachübergreifende und hausärztliche Praxis



Schmerz- und Palliativ-Zentrum Bonn & Fachübergreif. und hausärztl. Praxis
Weißdornweg 4 - 6 · 53177 Bonn-Bad Godesberg

Benötigte Unterlagen zur Schmerztherapie

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

nun steht gleich Ihr **Vorgespräch** zur Schmerztherapie bevor.
Damit es uns möglich ist, uns sehr gut auf Ihren **darauf folgenden Ersttermin** vorbereiten zu können, benötigen wir vor Terminvereinbarung ein paar Unterlagen von Ihnen.

Heute erhalten Sie von uns einen **Neuerfassungsbogen**, einen **TSD-Bogen**, eine **Datenschutz- und Einverständniserklärung** und eine **Anleitung**, wie Sie sich bei **Idoclive** anmelden.

Wir bitten Sie, diese wirklich **sorgfältig** und **vollständig auszufüllen und umgehend in der Praxis abzugeben bzw. zurück zu schicken**, falls Sie dies nicht vor oder nach Ihrem Vorgespräch schon in der Praxis tun möchten.

Es wäre ebenfalls wichtig uns vorhandene Unterlagen, die Ihre Erkrankung betreffen, wie Arztbriefe, Röntgenbilder etc. zukommen zu lassen. Ohne die Vorlage der Fremdbefunde ist keine Terminvergabe möglich.

Wie oben bereits erwähnt, erhalten Sie heute auch die Anleitung zur **Anmeldung bei Idoclive**, wo Ihr **Schmerzfragebogen** hinterlegt ist. Es besteht entweder die Möglichkeit, sofern Sie über eine Emailadresse verfügen, dies **von Zuhause** aus zu erledigen, **oder dies hier direkt vor Ort** mittels unseres Tablets zu machen. Wenn Sie sich für das Ausfüllen Zuhause entscheiden, erhalten Sie per Mail einen Link, der Sie zu Ihrem Schmerzfragebogen führt. An dieser Stelle kommt dann die beigefügte Anleitung zum Einsatz.

Eine **Terminvereinbarung zum ausführlichen Ersttermin** kann erst **nach Eingang der Fragebögen und Erklärungen**, sowie der **Fremdbefunde** erfolgen. Bitte geben Sie uns auf dem „Neuerfassungsbogen“ Ihre Erreichbarkeit an, damit wir Sie anrufen können. Des Weiteren ist es sehr wichtig, dass Sie uns **sämtliche Versicherungsdaten incl. der Versicherungsnummer** auf dem Neuerfassungsbogen angeben, damit Ihre Patientenakte korrekt und vollständig angelegt werden kann.

Sollten Sie kurzfristig verhindert sein, bitten wir um Absage unter o. g. Telefonnummer **spätestens 1 Werktag vor dem Termin**, da Ihnen ansonsten der avisierte Termin und Zeitumfang gem. GOÄ also **Ausfallhonorar** in Rechnung gestellt werden muss.

Bis dahin verbleibe ich mit freundlichem Gruß

PD Dr. med. Michael Küster

Fachübergreifende u. hausärztl. intern.-allgemeinmed. Praxis & Leiter d. Schmerz- u Palliativ-Zentrums DGS Bonn-Bad Godesberg

PD Dr. med.

Michael Küster

Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Manuelle Therapie - Chirotherapie
Naturheilverfahren
Notfallmedizin
Gesundheitsförderung und Prävention
Schlafmedizin
Qualif. Palliativarzt KV Nordrhein

Weißdornweg 4 - 6

53177 Bonn - Bad Godesberg

Tel.: 0228 9323999

Fax: 0228 9323988

E-Mail: info@praxis-kuester.de

Web: www.praxis-kuester.de

*Vizepräsident
Deutsche Gesellschaft f. Schmerzmedizin DGS*

Lehrbeauftragter Universitäts-Klinik Köln

*Akademische Lehrpraxis
Universitäten Bonn und Köln*

Angestellte Ärzte / Psychologin:

Dr. med. Claudia Kaufmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Gesundheitsförderung und Prävention
Ernährungsmedizin

PD Dr. med. M. Schaefer

Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. Ann-Christin Camp

Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie DDG

Dr. med. Verena Buhl

Fachärztin für Innere Medizin

Dr. med. Charlotte Prinz

Fachärztin für Anästhesiologie
Palliativmedizin
WBAin Allgemeinmedizin & Spez.
Schmerztherapie

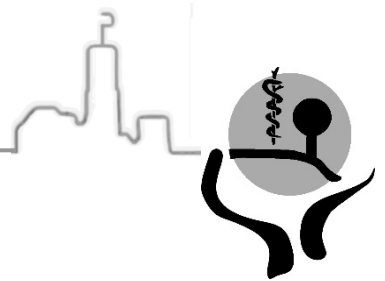
Dr. med. Rebecca Schneider

Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Spezielle Intensivmedizin

Dipl.-Psych. Dr. W. Hoffmann

Psycholog. Psychotherapie,
Verhaltenstherapie
Einzel- u Gruppentherapie
Psycholog. Schmerz-Psychotherapie (DGSP)
PsyRena - Gruppentherapie
PMR-Kurse





TSD - Fragebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Alter: _____ Geschlecht: m / w

Beruf: _____

Anleitung:
 Nachfolgend steht eine Reihe von Aussagen über Probleme, Schwierigkeiten und Beschwerden, die die Menschen manchmal haben. Bitte lesen Sie jede Aussage genau. Wenn Sie dies getan haben, kreuzen Sie bitte eine der Zahlen rechts an, die am besten bezeichnet, in welchem Ausmaß die Beschwerde für Sie zutrifft und damit beschreibt, wie das Problem Sie in der letzten Woche – einschließlich des heutigen Tages – belastet hat. Bitte machen Sie nur in ein Kreuz rechts von jeder Aussage und lassen Sie keine Aussage unbearbeitet.

**PD Dr. med.
Michael Küster**

Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie
 Spezielle Schmerztherapie
 Palliativmedizin
 Manuelle Therapie - Chirotherapie
 Naturheilverfahren
 Notfallmedizin
 Gesundheitsförderung und Prävention
 Schlafmedizin
 Qualif. Palliativarzt KV Nordrhein

Bitte kreuzen Sie klar und deutlich die zutreffende Ziffer an:

1 = überhaupt nicht 2 = ein bisschen 3 = ziemlich stark 4 = sehr stark

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| 1. Ich bin nervös und innerlich unruhig | 1 2 3 4 | 16. Meine Gefühle sind leicht verletzbar | 1 2 3 4 |
| 2. Ich fühle mich leicht belästigt und verärgert | 1 2 3 4 | 17. ich habe Herzjagen (Herzrasen) | 1 2 3 4 |
| 3. Ich fühle mich kraftlos und träge | 1 2 3 4 | 18. Ich fühle mich anderen unterlegen | 1 2 3 4 |
| 4. Ich denke daran, mit dem Leben Schluss zu machen | 1 2 3 4 | 19. Ich habe Schwierigkeiten ein- und durchzuschlafen | 1 2 3 4 |
| 5. Mein Appetit ist schlecht | 1 2 3 4 | 20. Es fällt mir schwer, Entscheidungen Zu treffen | 1 2 3 4 |
| 6. Ich weine leicht | 1 2 3 4 | 21. Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft | 1 2 3 4 |
| 7. Dem anderen Geschlecht gegenüber bin ich scheu und unsicher | 1 2 3 4 | 22. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten | 1 2 3 4 |
| 8. Ich fühle mich eingeengt und eingeschlossen | 1 2 3 4 | 23. Ich fühle mich angespannt u. überreizt | 1 2 3 4 |
| 9. Plötzlich erschrecke ich ohne äußeren Anlass | 1 2 3 4 | 24. Ich denke an das Sterben und den Tod | 1 2 3 4 |
| 10. Ich leide darunter, mir Vorwürfe zu machen | 1 2 3 4 | 25. Ich wache morgens zu früh auf | 1 2 3 4 |
| 11. Ich habe ohne Grund Angst | 1 2 3 4 | 26. Mein Schlaf ist unruhig und gestört | 1 2 3 4 |
| 12. Ich fühle mich traurig | 1 2 3 4 | 27. Ich habe das Gefühl, dass ich mich zu allem anstrengen muss | 1 2 3 4 |
| 13. Ich fühle mich in der Ausführung mancher Arbeiten gehemmt | 1 2 3 4 | 28. Selbst mitten unter Leuten fühle ich mich einsam | 1 2 3 4 |
| 14. Ich Sorge mich zu viel | 1 2 3 4 | 29. Ich fühle mich wertlos | 1 2 3 4 |
| 15. Ich habe das Gefühl, dass ich das Interesse an Vielem verliere | 1 2 3 4 | 30. Ich habe Schuldgefühle | 1 2 3 4 |

Wird vom Schmerzzentrum ausgefüllt:

Ergebnis

Interpretation

Arzt – Unterschrift

Schmerz- und Palliativ – Zentrum Bonn

& Fachübergreifende und hausärztliche Praxis



Schmerz- und Palliativ-Zentrum Bonn & Fachübergreif. und hausärztl. Praxis
Weißdornweg 4 - 6 · 53177 Bonn-Bad Godesberg

An unsere Schmerzpatienten

Ohne iDoc keine Leistungen!

Liebe Schmerzpatienten,

Wir bitten Sie, dass Sie die iDoc-Fragebögen zuverlässig ausfüllen, da die Schmerztherapeuten gegenüber den Krankenkassen eine **Nachweispflicht** haben und sie bei nicht Einhaltung dieser Ihre Zulassung riskieren.

Daher gilt:

1. Die iDoc-Fragebögen müssen von JEDEM Schmerzpatienten am **ANFANG DES QUARTALS**, spätestens aber **VOR** der ersten Inanspruchnahme einer **Leistung** unsererseits, ausgefüllt sein.

2. Die Fragebögen werden **4x im Jahr** immer **Anfang des Quartals** automatisch auf die von Ihnen angegebene Email-Adresse gesendet. Sollte dies mal nicht geschehen, bitten wir Sie uns per Email oder auch gerne telefonisch darüber zu informieren. Die Anmelde Daten (**Login- Daten**) bekommen Sie immer am Anfang Ihrer Schmerztherapie ausgehändigt. Sollten diese mal abhanden kommen, sprechen Sie unser Team gerne an.

3. Der Online Fragebogen kann **nicht** für das jeweils vergangene Quartal **nachgereicht werden**.

4. Ohne iDoc keine Leistungen!

Solange der Online Fragebogen nicht ausgefüllt ist, können Sie weder ein Rezept von uns ausgehändigt bekommen, noch einen Termin oder ähnliche ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen
gez.



PD Dr. med. Michael Küster

Fachübergreifende u. hausärztl. intern.-allgemeinmed. Praxis & Leiter d. Schmerz- u Palliativ-Zentrums DGS Bonn-Bad Godesberg

PD Dr. med. Michael Küster

Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Manuelle Therapie - Chirotherapie
Naturheilverfahren
Notfallmedizin
Gesundheitsförderung und Prävention
Schlafmedizin
Qualif. Palliativarzt KV Nordrhein

Weißdornweg 4 - 6
53177 Bonn - Bad Godesberg

Tel.: 0228 9323999
Fax: 0228 9323988
E-Mail: info@praxis-kuester.de
Web: www.praxis-kuester.de

*Vizepräsident
Deutsche Gesellschaft f. Schmerzmedizin DGS*

Lehrbeauftragter Universitäts-Klinik Köln

*Akademische Lehrpraxis
Universitäten Bonn und Köln*

Anestellte Ärzte / Psychologin:

Dr. med. Claudia Kaufmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Gesundheitsförderung und Prävention
Ernährungsmedizin

Dr. med. Rebecca Schneider

Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Spezielle Intensivmedizin

Dr. med. Charlotte Prinz

Fachärztin für Anästhesiologie
Palliativmedizin
WBAin Allgemeinmedizin & Spez.
Schmerztherapie

PD Dr. med. M. Schaefer

Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. Ann-Christin Camp

Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie DDG

Dr. med. Verena Buhl

Fachärztin für Innere Medizin

Dipl.-Psych. Dr. W. Hoffmann

Psycholog. Psychotherapie,
Verhaltenstherapie
Einzel- u Gruppentherapie
Psycholog. Schmerz-Psychotherapie (DGSP)
PsyRena - Gruppentherapie
PMR-Kurse

Praxis arbeitet mit
qu.no
Qualitätsmanagement

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Name des Patienten

Ort und Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

zum Schmerzdokumentationsdienst iDocLive® und dem PraxisRegister Schmerz

Mir ist bekannt, dass bei meiner Teilnahme am Dokumentationsdienst iDocLive® sowie am PraxisRegister Schmerz personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden. Die Verwendung dieser Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor meiner Teilnahme folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung zum Datenschutz voraus, ohne die ich weder den Dokumentationsdienst iDocLive® nutzen, noch am PraxisRegister Schmerz teilnehmen kann.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

- 1) Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die mittels des Dokumentationsdienstes iDocLive® erhobenen nichtpersonalisierten Daten zu meinem Krankheitsverlauf – insbesondere Angaben über meine Schmerzerkrankung, deren Diagnostik, Verlauf und Behandlung – in der für meine Behandlung zuständigen schmerztherapeutischen Einrichtung unter Verwendung elektronischer Eingabegeräte aufgezeichnet und anschließend in elektronisch verschlüsselter und pseudonymisierter Form auf besonders gesicherten Servern in einem deutschen Rechenzentrum gespeichert und dem PraxisRegister Schmerz zugeführt werden.
- 2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle meine personenidentifizierenden Daten in elektronisch verschlüsselter Form getrennt von meinen o.g. Daten und unabhängig vom PraxisRegister Schmerz erhoben und gespeichert werden dürfen, um a) ausschließlich durch meine behandelnden Ärzte, b) ausschließlich zum Zweck meiner Behandlung, c) unter ausschließlicher Verwendung besonders autorisierter Endgeräte und d) ausschließlich in der für meine Behandlung zuständigen schmerztherapeutischen Einrichtung wieder mit meinen krankheitsspezifischen Daten verknüpft zu werden.
- 3) Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Mitarbeiter/Beauftragte des PraxisRegisters Schmerz bzw. des mit seiner Betreuung beauftragten biometrischen Forschungsinstitutes in meine krankheitsspezifischen entpersonalisierten Daten Einsicht nehmen und diese für Auswertungen im Rahmen wissenschaftlicher Versorgungsforschungsprojekte verwenden dürfen, soweit sich daraus keine Rückschlüsse auf mich ergeben.
- 4) Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit meine Teilnahme am Dokumentationsdienst iDocLive® sowie am PraxisRegister Schmerz beenden und meine entsprechende Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- 5) Ich bin darüber informiert, dass für den Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung alle bisher über iDocLive® erhobenen und in pseudonymisierter Form im PraxisRegister Schmerz dokumentierten Daten verfügbar und für wissenschaftliche Versorgungsforschungsprojekte nutzbar bleiben, jedoch keine neuen Daten ergänzt werden dürfen.

Name des Patienten (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Name des Arztes (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Schmerz- und Palliativ – Zentrum Bonn

& Fachübergreifende und hausärztliche Praxis



Schmerz- und Palliativ-Zentrum Bonn & Fachübergreif. und hausärztl. Praxis
Weißdornweg 4 - 6 · 53177 Bonn-Bad Godesberg

Sehr geehrte/r Herr/Frau

da wir im Bereich der Speziellen Schmerzmedizin reine Bestellpraxis sind und sehr viel Zeit und Arbeit in die Vorbereitungen eines Schmerzpatienten zur Schmerztherapie stecken, sind wir gezwungen **bei versäumten oder weniger als 1 WERKTAG kurzfristig abgesagten Terminen, ein Ausfallhonorar** in Höhe von 60,33 Euro in Rechnung zu stellen.

Leider können wir die reservierten Termine, die kurzfristig abgesagt wurden, nicht rechtzeitig neu vergeben, Kosten hingegen entstehen hier durch Gehälter etc trotzdem.

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

.....

Datum den Unterschrift Patient

Gez.

PD Dr. med. Michael Küster

Fachübergreifende u. hausärztl. intern.-allgemeinmed. Praxis & Leiter d. Schmerz- u Palliativ-Zentrums DGS Bonn-Bad Godesberg

PD Dr. med. Michael Küster

Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Manuelle Therapie - Chirotherapie
Naturheilverfahren
Notfallmedizin
Gesundheitsförderung und Prävention
Schlafmedizin
Qualif. Palliativarzt KV Nordrhein

Weißdornweg 4 - 6
53177 Bonn - Bad Godesberg

Tel.: 0228 9323999
Fax: 0228 9323988
E-Mail: info@praxis-kuester.de
Web: **www.praxis-kuester.de**

*Vizepräsident
Deutsche Gesellschaft f. Schmerzmedizin DGS*

Lehrbeauftragter Universitäts-Klinik Köln

*Akademische Lehrpraxis
Universitäten Bonn und Köln*

Angestellte Ärzte / Psychologin:

Dr. med. Claudia Kaufmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Gesundheitsförderung und Prävention
Ernährungsmedizin

Dr. med. Rebecca Schneider

Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Spezielle Intensivmedizin

Dr. med. Charlotte Prinz

Fachärztin für Anästhesiologie
Palliativmedizin
WBAin Allgemeinmedizin & Spez.
Schmerztherapie

PD Dr. med. M. Schaefer

Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. Ann-Christin Camp

Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie DDG

Dr. med. Verena Buhl

Fachärztin für Innere Medizin

Dipl.-Psych. Dr. W. Hoffmann

Psycholog. Psychotherapie,
Verhaltenstherapie
Einzel- u Gruppentherapie
Psycholog. Schmerz-Psychotherapie (DGPSP)
PsyRena - Gruppentherapie
PMR-Kurse



Schmerz- und Palliativ – Zentrum Bonn

& Fachübergreifende und hausärztliche Praxis



Schmerz- und Palliativ-Zentrum Bonn & Fachübergreif. und hausärztl. Praxis
Weißdornweg 4 - 6 · 53177 Bonn-Bad Godesberg

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Sie erhalten eine E-Mail von „**Idoclive**“ mit dem dazugehörigen LINK.
Mit Öffnen dieses Links gelangen Sie automatisch auf den für Sie abgestimmten Fragebogen. Bitte füllen Sie diesen Bogen jedes Kalendervierteljahr (= alle drei Monate ; 01.01. / 01.04. / 01.07. / 01.10) aus, bevor Sie zu Ihrem Termin erscheinen oder ein neues Rezept bestellen.

Im Normalfall erhalten Sie diesen regelmäßig und automatisch per E-Mail, sollte dies nicht der Fall sein, bitte wir Sie, sich bei uns zu melden.

Zum Ausfüllen gehen Sie wie folgt vor:

- 1. Klicken Sie auf den Link**
- 2. Unter „Sicherheitsfrage“ klicken Sie bitte den vorgegebenen Satz „Ihr eigenes Kennwort“ an**
- 3. Unter „Antwort für die Sicherheitsfrage“ geben Sie Ihren eigenen Nachnamen an; Anfangsbuchstabe groß geschrieben**

Bitte beantworten Sie jede Frage vollständig und wahrheitsgemäß.

Zusätzlich möchten wir darauf hinweisen, dass es uns nicht möglich ist, Ihnen Rezepte o.ä. auszustellen, wenn der Fragebogen noch nicht ausgefüllt sein sollte!

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!



PD Dr. med. Michael Küster
Fachübergreifende u. hausärztl. intern.-allgemeinmed. Praxis &
Leiter d. Schmerz- u Palliativ-Zentrums DGS Bonn-Bad Godesberg

PD Dr. med. Michael Küster

Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Manuelle Therapie - Chirotherapie
Naturheilverfahren
Notfallmedizin
Gesundheitsförderung und Prävention
Schlafmedizin
Qualif. Palliativarzt KV Nordrhein

Weißdornweg 4 - 6
53177 Bonn - Bad Godesberg

Tel.: 0228 9323999
Fax: 0228 9323988
E-Mail: info@praxis-kuester.de
Web: www.praxis-kuester.de

*Vizepräsident
Deutsche Gesellschaft f. Schmerzmedizin DGS*

Lehrbeauftragter Universitäts-Klinik Köln

*Akademische Lehrpraxis
Universitäten Bonn und Köln*

Angestellte Ärzte / Psychologin:

Dr. med. Claudia Kaufmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Gesundheitsförderung und Prävention
Ernährungsmedizin

PD Dr. med. M. Schaefer

Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin

Dr. med. Ann-Christin Camp

Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie DDG

Dr. med. Verena Buhl

Fachärztin für Innere Medizin

Dr. med. Charlotte Prinz

Fachärztin für Anästhesiologie
Palliativmedizin
WBAin Allgemeinmedizin & Spez.
Schmerztherapie

Dr. med. Rebecca Schneider

Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Spezielle Intensivmedizin

Dipl.-Psych. Dr. W. Hoffmann

Psycholog. Psychotherapie,
Verhaltenstherapie
Einzel- u Gruppentherapie
Psycholog. Schmerz-Psychotherapie (DGPPS)
PsyRena - Gruppentherapie
PMR-Kurse

Praxis arbeitet mit
qu.no
Qualitätsmanagement

 Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein