

Dr. med. Heide Grüter-Degering
Dr. med. Ralph Degering
Dr. med. Ulrike Wendt
Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- hausärztliche Versorgung -

Vahrenwalder Platz 3 • 30165 Hannover
Telefon 0511 62 30 60
Fax 0511 62 30 80

Anmeldeformular für Patienten (Seite 1)

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte

Person (falls abweichend) _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon

Privat _____ Geschäftlich _____ Mobil _____

Bevollmächtigter/Auskunftberechtigter

Name _____ Vorname _____ Telefon _____

Beruf _____

Wer war Ihr
Hausarzt? _____

Bestehen bei

Herzens oder Kreislauf Lunge (z.B. Asthma/COPD) Leber

Ihnen Erkrankungen

Nieren Schilddrüse Magen-Darm-Trakt

der/des...?

Gelenke (Rheuma) Ohren (Tinnitus) Wirbelsäule

Haben Sie....?

hohen Blutdruck niedrigen Blutdruck Diabetes

Epilepsie Grauer Star Tuberkulose

HIV/AIDS Hepatitis wenn ja welcher Typ _____

Allergien wenn ja welche sonstige Krankheiten wenn ja welche

Dr. med. Heide Grüter-Degering
Dr. med. Ralph Degering
Dr. med. Ulrike Wendt
Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- hausärztliche Versorgung -

Vahrenwalder Platz 3 • 30165 Hannover
Telefon 0511 62 30 60
Fax 0511 62 30 80

Anmeldeformular für Patienten (Seite 2)

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Zu Ihrem Herzen: Angina Pectoris Herzschrittmacher künstliche Herzklappen
Haben/Hatten Sie...?

Falls Sie einen Medikamentenplan/-Verordnung haben legen Sie diese bitte anbei

Medikamente – Schilddrüsenmed. Cortison(Kortikoide) Schmerzmittel
Nehmen Sie...? Antidepressiva Herzmedikamente Blutverdünner (ASS, etc.)
 andere Medikamente wenn ja welche (Name & Dosierung)

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein Wenn ja welche? _____

Für unsere Sind Sie schwanger?

Patientinnen ja nein Wenn ja welche Woche? _____

Fragen/Anmerkungen _____

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Über Veränderungen meiner Angaben innerhalb des Behandlungszeitraumes werde ich Sie umgehend informieren. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, mindestens 24h vorher, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können. Bitte bestätigen Sie abschließend, diesen Informations- und Erhebungsbogen gelesen und verstanden zu haben, die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand nach bestem Wissen beantwortet zu haben sowie im Bedarfsfall Gelegenheit erhalten zu haben, Fragen zur näheren Information zu stellen.

Hannover, den _____ Unterschrift _____

Dr. med. Heide Grüter-Degering
Dr. med. Ralph Degering
Dr. med. Ulrike Wendt
Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- hausärztliche Versorgung -

Vahrenwalder Platz 3 • 30165 Hannover
Telefon 0511 62 30 60
Fax 0511 62 30 80

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt
Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt,
einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich
in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese
Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese
Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen
kann, ist mir bekannt.

Ort Datum

Unterschrift Patient/in

Ort Datum

Stempel/Unterschrift Arzt