



Hausarzt Schulstraße 50

K. Krumbiegel

Facharzt für Allgemeinmedizin
Geriatrische Grundversorgung
Diabetol. Grundversorgung
Reisemed. Gesundheitsberatung
Ernährungsmedizin

M. A. Lieberei

Facharzt für Innere Medizin/
hausärztlich
Geriatrische Grundversorgung
Diabetol. Grundversorgung
Reisemed. Gesundheitsberatung
Notfallmedizin

E. Kotova

Fachärztin für
Allgemeinmedizin

Schulstraße 46-50 - 25335 Elmshorn - kontakt@hausarztelmshorn.de - www.hausarztelmshorn.de
Tel. 0 41 21 / 2 133 2 - Fax 0 41 21 / 2 139 0 - Rezepttelefon 0 41 21 - 266 10 46

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen!

Eine genaue Krankheitserhebung hat einen äußerst hohen Stellenwert, gerade für Ihren Hausarzt. Die sorgfältige – wie es auch genannt wird – Anamneseerhebung ist oft Schlüssel zum Erfolg und dient der Gewinnung differenzierter Informationen, nicht zuletzt ist sie auch der Grundstein für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Daher bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse, den folgenden Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Dieser wird anschließend in Ihrer digitalen Karteikarte eingescannt. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, die im Übrigen für jeden Mitarbeiter unserer Praxis gilt, und werden streng vertraulich behandelt.

Um die weitere Behandlung für unsere Ärzte und auch für Sie genauer gestalten zu können, fordern wir für Sie bei Ihrem bisherigen Hausarzt Ihre Unterlagen an.

Uns ist sehr daran gelegen, die Praxisabläufe so reibungslos wie möglich zu gestalten und unnötige Wartezeiten zu verhindern. Wir möchten Sie bitten, uns dabei zu unterstützen:

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Sollten Sie einen Arztbesuch planen können, um zum Beispiel Befunde oder ähnliches durchzusprechen, bitten wir um eine möglichst frühzeitige Terminvereinbarung.

Kurzfristige Termine richten wir für Sie ein, doch auch hier freuen wir uns sehr über eine vorherige online Anmeldung. Sollten Sie akut erkrankt sein und wollen am gleichen Tag die Praxis aufsuchen, versuchen Sie bitte online einen Termin bei Ihrem abhandelnden Arzt zu buchen. Sollte hier keiner mehr verfügbar sein, kommen Sie bitte in die Praxis. In diesen Fällen können wir aber nicht gewährleisten, dass Ihr Wunscharzt Kapazitäten hat, ein Arzt der Praxis wird Sie aber akut betreuen.

Wir legen großen Wert auf eine umfassende hausärztliche Betreuung und führen neben den Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, in unserer Praxis auch ein Spektrum sogenannter individueller Gesundheitsleistungen (IgeL) durch. Dies bedeutet Leistungen, die privat gezahlt werden müssen. Bei Männern ohne entsprechende Vorgeschichte kann dies z.B. eine laborchemische PSA-Bestimmung sein. Spezielle apparative Untersuchungen können eine Gesundheitsuntersuchung sinnvoll ergänzen. Es steht auch eine Reihe an Laborparametern zur Verfügung, hier sollte aber im Einzelnen mit dem Arzt besprochen werden, was sinnvoll ist.

Sprechen Sie gerne unsere Damen im Labor oder Ihren behandelnden Arzt darauf an!

Sollten Sie Wünsche, Fragen oder Anregungen haben, sind wir jederzeit für Sie da.

Besuchen Sie für weitere Informationen unsere Internetseite: www.hausarztelmshorn.de

Ihr *K. Krumbiegel, M. A. Lieberei & E. Kotova*



Hausarzt Schulstraße 50

K. Krumbiegel

Facharzt für Allgemeinmedizin
Geriatrische Grundversorgung
Diabetol. Grundversorgung
Reisemed. Gesundheitsberatung
Ernährungsmedizin

M. A. Lieberei

Facharzt für Innere Medizin/
hausärztlich
Geriatrische Grundversorgung
Diabetol. Grundversorgung
Reisemed. Gesundheitsberatung
Notfallmedizin

E. Kotova

Fachärztin für
Allgemeinmedizin

Schulstraße 46-50 - 25335 Elmshorn - kontakt@hausarztelmshorn.de - www.hausarztelmshorn.de
Tel. 0 41 21 / 2 133 2 - Fax 0 41 21 / 2 139 0 - Rezepttelefon 0 41 21 - 266 10 46

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ aktuelle Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf/ ausgeübte Tätigkeiten: _____ Schichtarbeit nein ja

E-Mail: _____

Telefon: _____ (Achten Sie bitte darauf, dass wir immer Ihre aktuellen Kontaktdaten haben!)

Handy: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Sind Sie Vegetarier oder Veganer? nein ja

Haben Sie eine Pflegestufe? nein ja, welche? _____

Bestehen Allergien? nein ja, welche? _____

Medikamentenallergien? nein ja, welche? _____

Rauchen Sie? nein früher ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____
wieviele Jahre schon? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja, wieviel _____

Haben Sie Drogen konsumiert? nein ja, was? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? In welcher Dosierung und wie?

(Verwenden Sie bitte ggf. die Rückseite)

Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Allgemeines:

Stuhlgang: Normal Durchfall Verstopfung Blut im Stuhl

Wasserlassen: Normal nachts öfter als 1-2 mal vermehrter Durst

Gewichtsveränderung: Keine Zunahme ___ kg in ___ Monaten
Abnahme ___ kg in ___ Monaten

Sind Sie in den letzten 10 Jahren geimpft worden? nein ja

Haben Sie an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? nein ja
- Welche? Urologe Gyn/Mammographie Hautarzt

Erfolgte eine Darmspiegelung? nein ja

- wenn ja, welches Ergebnis? _____ für wann wurde die nächste empfohlen? _____

Leiden Sie unter Nachtschweiß? nein ja

Haben Sie Haustiere ? nein ja, welche ? _____

Hatten Sie schon einen Zeckenbiss? nein ja, wann ? _____

Leiden Sie unter: Atemaussetzer Schnarchen Tagesmüdigkeit Konzentrationsstörungen

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Wenn Sie können, bitte geben Sie genaue Diagnosen an.

Bluthochdruck nein ja _____

Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt, KHK nein ja _____

- Sind Sie im DMP eingeschrieben _____ Wo?: _____

angeborene oder erworbene Herzerkrankung nein ja _____

Herzschwäche nein ja _____

unregelmäßiger Herzschlag oder Herzschrittmacher nein ja _____

Schlaganfall nein ja _____

Durchblutungsstörung der Beine nein ja _____

Zuckererkrankung nein ja _____

- Sind Sie im DMP eingeschrieben _____ Wo?: _____

Fettstoffwechselstörungen (hohe Cholesterinwerte) nein ja _____

Lungenerkrankung
(Asthma, chronische Bronchitis, Tbc, Lungenentzündung) nein ja _____

- Sind Sie im DMP eingeschrieben _____ Wo?: _____

Thrombose und Lungenembolie nein ja _____

Tumorerkrankung nein ja _____

Chronische Infektionserkrankungen nein ja _____

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen nein ja _____

Augenerkrankungen (z.B. grüner und grauer Star) nein ja _____

Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson,
Polyneuropathie) nein ja _____

Erkrankung der Schilddrüse nein ja _____

Gicht nein ja _____

Osteoporose nein ja _____

Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) nein ja _____

Sonstige Erkrankungen _____

Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja, was? _____

Hatten Sie stationäre Krankenhausbehandlungen? Wann, wo, warum?

(Benutzen Sie ggfs. die Rückseite.)

Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie Sie behandelt werden möchten:

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Uns interessiert es, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Internet
- Empfehlung von: _____
- Sonstiges: _____

Information

Unsere Praxis plant zukünftig die Einführung eines Recall-Systems. Wünschen Sie in diesem Rahmen über Vorsorgetermine, anstehende Impfungen und Neuigkeiten zur Praxis (z.B. geänderte Öffnungszeiten, Urlaub, Gesundheitsangebote etc.) informiert zu werden? Ja Nein

Anmeldung an unseren Newsletter Ja Nein

Datenschutz

Um Sie optimal und effektiv behandeln zu können, arbeiten wir mit externen Laboren und/ oder weiter- bzw. mitbehandelnden Ärzten, Fachärzten, radiologische Institutionen oder Krankenhäusern eng zusammen. Um diese Zusammenarbeit ermöglichen zu können, ist es erforderlich, Ihre Patientendaten an diese Stellen weiterzuleiten. Hierzu bitten wir Sie, uns Ihre Erlaubnis zu erteilen. Diese können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen. Bei Privatpatienten wird eine Abrechnung über die PVS erfolgen.

Wenden Sie sich bei Fragen gern an unseren Empfang.

- Ich erkläre mich einverstanden
- Ich erkläre mich nicht einverstanden – Eine dauerhafte Behandlung ist in unserer Praxis damit nicht möglich!**

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt? _____
(alternativ: der letztbehandelnde Arzt)

Dürfen wir Vorbefunde anfordern? ja nein
(Ohne Vorbefunde können wir keine dauerhafte Betreuung übernehmen.)

Datum, Unterschrift: _____

Wann erfolgte die letzte Gesundheitsuntersuchung bei Ihrem Hausarzt: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr

K. Krumbiegel, M. A. Lieberei & E. Kotova

Formalitäten:

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestell- bzw. Terminprinzip arbeitet. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach übliche Wartezeit erspart bleibt. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis der Termine trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Reservierte, aber nicht abgesagte Termine werden in Höhe von 50 € in Rechnung gestellt.

Ich habe das oben ausgeführte zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese Vereinbarung mit der Buchung des Termins.

Neben einer telefonischen Absage akzeptieren wir die Absage über das Doctolib-System. Alternativ ebenfalls genügt eine Email an kontakt@hausarztelmshorn.de oder ein kurzer Hinweis auf dem Rezepttelefon (auch wenn die Ansage anders lautet) unter [04121 266 10 46](tel:041212661046).

Datum, Unterschrift: _____

Unter www.hausarztelmshorn.de finden Sie Informationen zu

- unseren Praxisschließzeiten
- der Organisation der Sprechstunde
- Möglichkeiten, wie Sie online einfach Ihre Rezepte für Dauermedikamente oder Überweisungen bestellen können
- Online-Terminbuchungen unabhängig von der Uhrzeit
- Vorbestellung telefonischer Krankschreibungen

Abonnieren Sie unseren Newsletter, um über Schließzeiten oder andere Mitteilungen informiert zu bleiben.

Einwilligungserklärung



Die PVS[®]

Schleswig-Holstein · Hamburg
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig-Holstein · Hamburg zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS/ Schleswig-Holstein · Hamburg, Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg, einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS/ Schleswig-Holstein · Hamburg einverstanden.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS/ Schleswig-Holstein · Hamburg schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen Arzt/Praxis und der PVS/ Schleswig-Holstein · Hamburg keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Nachname (Patient)

Vorname (Patient)

Geburtsdatum (Patient)

ggf. Name, Vorname (gesetzliche/r Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)*

* Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgberechtigten ebenfalls vorliegt.

Nur von Privatpatienten auszufüllen: