

Erhebungsbogen Patientendaten

PAT-NR:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir bitten Sie, dieses Formular vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.
Sehr wichtig für ein optimiertes Terminmanagement vor allem in Ihrem
eigenen Interesse sind Ihre Kontaktdaten.

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Straße + Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer mobil: _____

Telefonnummer Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherung: _____

Versicherungsart: privat gesetzlich

Hausarzt: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name: Vorname: Pat.Nr.:	Einverständniserklärung (EE) Diagnostik	Praxis Dr. Till Schrag Innere Medizin/Pneumologie Alte Saline 3 83435 Bad Reichenhall
-------------------------------	--	--

Einverständniserklärung Diagnostik

Laut Patientenrechtegesetz sind wir verpflichtet, Ihre schriftliche Einwilligung vor Durchführung einer invasiven Diagnostik einzuholen. Bitte lesen Sie dieses Dokument daher in Ruhe und gründlich durch und sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben.

Folgende Diagnostik wird als Routine in unserer Praxis durchgeführt:

1. **Lungenfunktionsprüfungen** (Bodyplethysmographie, Spiroergometrie, Messung der Atemmuskeldrücke, Messung der Diffusionskapazität).
Die Lungenfunktionsprüfungen sind ungefährlich, aber durchaus anstrengend. Jeder Patient erhält ein eigenes Mundstück. Darüber hinaus werden Einmal-Bakterienfilter im System verwendet. Eine Ansteckungsgefahr ist daher kaum gegeben. Durch intensives Atmen kann es zu Schwindel, Kribbeln und Krämpfen in den Händen kommen (Hyperventilation). Die Beschwerden klingen in der Regel schnell ab. Unverträglichkeitsreaktionen auf die Kunststoffe im Mundstück sind sehr selten.
2. **Bronchospasmolysetest** mit Salbutamol: Hierbei soll durch Inhalation des Medikaments Salbutamol eine Erweiterung der Bronchien erreicht werden. Dies kann zu Anstieg des Blutdrucks, Beschleunigung des Herzschlags und Herzklopfen führen, die sehr selten wenige Stunden anhalten können. Allergische Reaktionen auf das Medikament **sind äußerst selten.**
3. **Bronchialer Provokationstest in 4 Stufen** (Kochsalz, 0.05, 0.15 und 0.45 mg Metacholin): Dieser Test soll eine Verengung der Bronchien auslösen, um ein Asthma bronchiale nachzuweisen. Der Test wird sehr vorsichtig und stufenweise durchgeführt, die Lungenfunktion nach jeder Stufe kontrolliert.
4. Häufig kommt es zu Kratzen im Hals und Husten, seltener zu Atemnot, sehr selten zu einem schwereren Asthmaanfall (in dieser Praxis bislang noch nie). **Bitte teilen Sie Beschwerden dem Personal ggf. umgehend mit.**
5. **Allergietest:** Verschiedene Allergene werden in Tropfenform auf die Haut aufgetragen, die danach mit einer sterilen Lanzette angeritzt wird. Hierbei kann ein leichtes Pieksen verspürt werden. Die Hautreaktionen können unterschiedlich bis hin zu sehr stark auftreten, werden ggf. umgehend durch das Personal behandelt. In sehr seltenen Fällen können allergische Schockreaktionen auftreten, die ebenfalls sofort behandelt würden (in dieser Praxis bislang noch nie).
6. **Röntgen-Untersuchung des Brustkorbs:** Hierbei wird der Brustkorb mit einer strahlungsarmen Röntgen Anlage in 1-2 Ebenen durchleuchtet, das Bild digital aufgezeichnet und von Dr. Schrag am Monitor im Sprechzimmer befundet. Die Strahlungsbelastung ist sehr gering, entspricht bei einer Aufnahme etwa einem Transatlantikflug. Bei Kindern werden spezielle Kinderfilter gegen die Streustrahlung eingesetzt.

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der oben genannten Diagnostik einverstanden. Ich werde vor jedem Verfahren erneut nach meinem Einverständnis gefragt werden, kann dies jederzeit verweigern beziehungsweise Rückfragen stellen.

Alle vereinbarten Termine, insbesondere aber spezielle Untersuchungen wie z.B. Ergospirometrie (Belastungsuntersuchung), Polygrafie (Schlafgerät), Echokardiografie (Ultraschall des Herzens), Sonografie (Ultraschall) sowie Schulungen und Rauchentwöhnung müssen 24 Stunden vorher per Telefon, E-Mail oder Fax abgesagt werden, damit die Termine anderweitig vergeben werden können. Mir ist bekannt, dass der Umsatzausfall mir andernfalls oder bei unentschuldigtem Nichterscheinen in Rechnung gestellt werden kann, wenn der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Erstellt: PI	Geprüft: PI	Freigegeben: PI
Datum: 25.7.2014	Datum: 25.7.2014	Seite 1 von 1

Name		Vorname		geb		Pat-Nr	
-------------	--	----------------	--	------------	--	---------------	--

Behandlungsvertrag GKV

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir bitten Sie, dieses Formular durchzulesen und zu unterschreiben (bitte streichen Sie Nicht-Zutreffendes bzw. Nicht-Erwünschtes).

Hiermit unterzeichne ich einen **Behandlungsvertrag** mit Hr. Dr. med. Till Schrag. Sollte kein Versicherungsverhältnis vorliegen bzw. die Kosten nicht oder nicht vollständig von meiner Krankenversicherung übernommen werden, **trage ich diese selbst.**

Verabredete Termine werde ich bei vorhersehbaren Hinderungsgründen **24 h** vorher, bei nicht vorhersehbaren Hinderungsgründen im Moment der Kenntnisnahme **telefonisch, per Fax, E-Mail, SMS oder WhatsApp absagen (Kontakt s.o.)**. Bei Versäumen des Termins oder zu später Absage kann mir der Verdienstausschlag in Form einer Schadenersatzforderung in Rechnung gestellt werden. **Ich nehme dies ausdrücklich zur Kenntnis.**

Die Rechnungsstellung für Privatrechnungen und IGEL-Leistungen sowie Ersatzeleistungen für Terminausfälle (**und nur in diesen Fällen**) erfolgt in unserer Praxis aus organisatorischen Gründen durch die **Privatärztliche Verrechnungsstelle MCC Medical CareCapital GmbH, Geschäftsbereich Privadis, Hohenzollernstraße 47, 47799 Krefeld**. Zahlungen sind ggf. ausschließlich an diese Adresse unter der angegebenen Kontoverbindung zu leisten

Einer sicheren Datenübermittlung an die an Abwicklung und Abrechnung beteiligten Firmen stimmen Sie durch Ihre Unterschrift zu.

Ihre Zustimmung gilt auch für künftige Arzt-Patient-Kontakte. **Sie können dieser Zustimmung jederzeit widersprechen.**

Wenn Sie diese Form der Abrechnung nicht wünschen, erhalten Sie die Abrechnung weiterhin direkt von uns. Diese müsste jedoch direkt im Anschluss der Behandlung bar oder per EC bezahlt werden.

Bitte sprechen Sie uns bei Fragen oder Anmerkungen gleich an.

Mit einer Terminerinnerung per SMS, E-Mail oder Telefon bin ich einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name		Vorname		geb		Pat-Nr	
------	--	---------	--	-----	--	--------	--

Datenschutzerklärung DS-GVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Gemäß der **EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)** sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche **Rechte** Sie diesbezüglich haben.

Für eine optimale Betreuung sind wir auf **Kontaktaufnahme mit Ihnen** und **enge Zusammenarbeit mit anderen Stellen** angewiesen, die auch den Austausch persönlicher Daten erfordert. Hierfür benötigen wir **Ihre ausdrückliche Zustimmung**. Bitte streichen Sie die entsprechenden Abschnitte, wenn Sie **nicht** zustimmen

<p>Kontaktaufnahme zum Zweck der Terminerinnerung oder Informationsübermittlung (z.B. Laborbefunde) über Telefon oder digitale Medien (SMS/E-Mail/WhatsApp). Dies hilft, versäumte Termine zu vermeiden und verbessert Ihre Betreuung.</p>
<p>Zusendung von verschlüsselten Befunden durch eine Email - nur durch Sie zu öffnen. Verbessert die Therapie durch unmittelbare bzw. zeitnahe Reaktion auf Befunde.</p>
<p>Anforderung bei und Weitergabe von Befunden oder Verordnungen an Haus- oder Fachärzte, Institutionen (z.B. Krankenhäuser, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigung, Abrechnungsdienstleister, Versorgungsamt) bzw. Heilmittel-Versorger (z.B. Sauerstoff), die Sie behandeln oder die mit Ihren Befunden befasst sind.</p>

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre sog. Gesundheits-Daten. Dazu zählen **Befunde, Diagnosen und Therapievorschläge**, die wir oder andere Ärzte erheben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist **Voraussetzung** für Ihre Behandlung. Sie erfolgt gemäß **gesetzlicher Vorgaben**.

Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dies **gesetzlich erlaubt** ist und Sie **explizit eingewilligt** haben.

Sie können diese freiwillige Einwilligung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen**. Bei erfolgtem Widerruf ist die Praxis verpflichtet, Ihre gespeicherten Daten sofort zu löschen.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, diese Daten mindestens **10 Jahre** nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Gemäß den §§ 15-17 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) sind Sie jederzeit berechtigt, **Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten** zu erhalten, sowie deren **Berichtigung, Sperrung und Löschung** zu verlangen.

Sollten Sie **Fragen** oder **Beschwerden** zum Datenschutz in der Praxis haben, können Sie sich jederzeit an den **Verantwortlichen** im Sinne des §13 DS-GVO, **Dr. med. Till Schrag** (praxis@drschrage.de) oder an den **Datenschutzbeauftragten** der Praxis **Stefan Hager** (datenschutz@hagerstefan.de) wenden. Die zuständige Aufsichtsbehore ist das **Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht** (poststelle@lda.bayern.de)

Kenntnisnahme und Einverständnis werden hiermit ausdrücklich erklärt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name			
Geb.			
Email/Mobil			
Pat.Nr.		Hausarzt	



PRAXIS DR. MED. TILL SCHRAG
 Internist • Pneumologe • Allergologie • Schlafmedizin
 Alte Saline 3 • 83435 Bad Reichenhall
 Tel. 08651 76800530 • E-Mail praxis@drschrage.de

Datum: _____

Anamnesebogen Erstvorstellung

Liebe, sehr geehrte Patientin - lieber, sehr geehrter Patient!
 Bitte beantworten Sie **alle nachstehenden Fragen** kurz und tragen Sie **Ihre Medikamente** ein, damit wir Ihren Zeitaufwand möglichst gering halten können. Benötigen Sie Hilfe, sprechen Sie uns bitte an!
Ihre Hauptbeschwerden:

Leiden sie unter Atemnot bei Anstrengung? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Nach wievielen Treppenstufen müssen sie stehen bleiben bzw. wie weit können Sie am Stück gehen? → Benötigen Sie Gehwagen oder Rollator? →	
Leiden sie unter anfallsartiger Luftnot? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Gibt es dafür Auslöser (z.B. Parfüm, Rauch, Autoabgase)? Welche? → Wann (z.B. nachts)? →	
Leiden sie unter Husten? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Gibt es für den Husten Auslöser (z.B. Parfüm, Küchendämpfe, Autoabgase)? Welche? → Leiden Sie unter Reflux/Sodbrennen? →	
Hatten oder haben Sie Auswurf? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Ist der Auswurf gefärbt? Farbe? ↓ + → gelb <input type="radio"/> , grün <input type="radio"/> , grau <input type="radio"/> , blutig <input type="radio"/>	
Hatten oder haben Sie Fieber? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Wie hoch? seit wann? Wie oft? →	
Hatten oder haben Sie Schmerzen? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	An welcher Stelle? Beim Atmen? →	
Zeit und Häufigkeit der Beschwerden:	Ja <input type="radio"/> →	Seit wieviel Tagen/Wochen/Monaten? → Wie oft (jeden Tag/Nacht/jede Woche)? → Im Verlauf schlechter/konstant/besser? →	
Sind Sie Raucher/Ex-Raucher? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Was? Wieviel? Wie lange? Bis wann? →	
Hatten oder haben sie Wasser in den Unterschenkeln/Knöcheln ? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Wie oft? Seit wann? →	
Sind bei ihnen Allergien bekannt? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Welche (z.B. Pollen, Antibiotika), wie? →→ Wann und wo war der letzte Allergietest? → Besitzen Sie einen Allergieausweis? → Hyposensibilisierung? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> → wann?	

Bitte wenden!

Name:

Nummer:

Anamnesebogen Erstvorstellung - Praxis Dr. Schrag - Bad Reichenhall

Schnarchen Sie? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Wurden Atempausen beobachtet?? Nein <input type="checkbox"/> ↓ - Ja <input type="radio"/> → wie oft/wie lange? →	
Leiden sie unter Müdigkeit am Tage? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Schlafen Sie am Tage ungewollt ein? Nein <input type="checkbox"/> ↓ - Ja <input type="radio"/> → wann? Am Steuer? →	
Nehmen Sie Medikamente ein (incl. Inhalationsmedikamente)? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> → bitte alle Medi's und mit Dosis eintragen		
Sind Vorerkrankungen bekannt? Nein <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ↓	Ja <input type="radio"/> →	Welche und seit wann? Bitte geben Sie möglichst viele Informationen – z.B. Monat/Jahr an! ↓	
Asthma bronchiale <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, PTCA/Stent, Bypass-Operation <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COPD oder Lungenemphysem <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenfehler/–Operation <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenfibrose <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinsuffizienz/Herzschwäche <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkoidose <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumothorax <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluthochdruck <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heuschnupfen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckerkrankheit Typ II/Typ I <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheit (Tuberkulose) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niereninsuffizienz/-schwäche/Dialyse <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenoperation <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fettstoffwechselkrankheit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoesyndrom/mit CPAP <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenentzündung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenembolie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankung: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familienerkrankungen: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurologische Erkrankung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welchen Beruf haben oder hatten Sie?:		Hatten Sie Asbestkontakt? Ja <input type="radio"/> → Wann/wo? Nein <input type="checkbox"/> ↓	
Wurde bei ihnen bereits ein Röntgenbild oder eine Computertomographie von Lunge und Brustkorb durchgeführt? Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="radio"/> →	Wann und wo? → Sind Sie mit einer neuen Röntgenaufnahme einverstanden? → Für Frauen: Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen? ↓ Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> →	

Unterschrift: _____

Die Daten des Fragebogens verwenden wir ausschließlich für interne Zwecke! **Vielen Dank für Ihre Mithilfe! ☺**