

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten sich neu in unserer Praxis vorstellen? Sie haben eine Überweisung mit einer zu klärenden hämatologischen oder onkologischen Fragestellung?

Sie können dazu beitragen, dass eine optimale Diagnostik und Behandlung schon zum ersten Vorstellungstermin zielgerichtet eingeleitet werden kann. Dazu stellen Sie uns bitte vor dem ersten Sprechstundentermin u.g. Informationen zur Verfügung.

1. Bitte: In der Anlage finden Sie einen Anamnese-Aufnahmebogen (Seite 2) und einen Bogen zu den bisherigen Behandlungen (Seite 3), die Sie bitte vorab ausfüllen sollten.

2. Bitte: Zur besseren Vorbereitung ist es wünschenswert, dass zu Ihrem ersten Arzttermin bereits möglichst vollständige Unterlagen zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte vorliegen. Besorgen Sie bitte möglichst Kopien von Befundberichten, Arztbriefe, Krankenhausberichte oder Entlassungsberichte und Laborwerte, (keine Röntgenbilder).

Falls Sie keine Unterlagen haben, kümmern wir uns natürlich gerne um die Beschaffung der nötigen Informationen. Dazu benötigen wir von Ihnen die Aufstellung der bisher behandelnden Ärzte und Institutionen (Krankenhäuser, Kurkliniken etc.), sowie eine Einverständniserklärung mit Vollmacht Ihrerseits. Wenn Sie diesen Service nutzen möchten, füllen Sie bitte die Anlage (Seite 4) **Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung** und zum Termin-Erinnerungsservice aus. Senden Sie diese dann bitte möglichst umgehend z. B. per Fax oder Mail an uns zurück, da die Befundanforderung erfahrungsgemäß einige Zeit in Anspruch nimmt.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

Ihr Praxisteam

Checkliste für Ihren ersten Termin

- 1. Ausgefüllter Anamnesebogen mit Angaben über bisherige Behandlungen im Rahmen der Erkrankung
- 2. Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung, ggf. zum Patientenservice
- 3. Befunde, insbesondere Operationsberichte und Histologiebefunde, Arztbriefe, Laborberichte etc. in Kopie sofern möglich
- 4. Versichertenkarte und Überweisung
- 5. ggf. Zuzahlungsbefreiung
- 6. Medikamentenliste (ggf. mit Originalpackungen) bzw. Medikamentenplan vom Hausarzt

Sofern Ihr Termin nicht innerhalb der nächsten drei Tage liegt, bitten wir Sie die Unterlagen

(Punkt 1. bis 3.) schon vorab einzusenden.

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienstand	Beruf (evtl. auch frühere)	Kinder (wieviel)
Telefon Mobil Nr.	E-Mail	Auskunfts-berechtigte Name: Telefon:
Schwerbehinderung: GdB Merkmale	Pflegegrad:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Aktuelle Beschwerden/ Erkrankung (Diagnose)/ auffällige Befunde:

Anamnese:

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt? Zutreffendes bitte ankreuzen.

	Ja	Nein	seit wann		Ja	Nein	seit wann
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen, Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallen(blasen)-erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzenge, Herzkranzgefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombosen oder Lungenembolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit Wogegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wieviel?	Alkohol Wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosierung; z.B. Metoprolol 50 mg 1-0-1)

Siehe Medikamentenplan vom Hausarzt

.....
.....
.....
.....

Frühere Operationen (in welchem Jahr)

.....
.....

Gehäuft vorkommende Erkrankungen in der Familie

.....

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

Bisher behandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Letzte Gesundheitsuntersuchungen:

Datum / Zeitraum:

Hautscreening:

Zystoskopie/Blasenspiegelung:

Coloskopie/Darmspiegelung:

Gastroskopie/Magenspiegelung:

Urologische Vorsorge/Prostata:

Mammographie:

Gynäkologische Vorsorge:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Hausarzt / Facharzt: _____

Vorschlag von folgendem Krankenhaus: _____

Empfehlung Familie / Freunde / Bekannte Internet

Einverständniserklärung

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Lerchenfeld meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax, ggf. elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung anfordern und einsehen dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis Onkologie Lerchenfeld Befunde und Daten an Kliniken und Einrichtungen im Falle eines Notfalls zur Optimierung der Behandlung und Diagnostik weitergeben darf.

Desweiterem erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis Onkologie Lerchenfeld folgenden Personen Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben darf:

Name: _____ Tel.: _____

Anschrift: _____

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum	Unterschrift, Patient/-in (Titel Vorname Zusatz Name)
------------	---

Einverständnis zum Patientenservice (optional):

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, per E-Mail bzw. SMS an Termine erinnert zu werden.

Bitte verwenden Sie folgende Kontaktdaten:

E-Mail-Adresse:

Mobilfunknummer:

Ort, Datum	Unterschrift, Patient/-in (Titel Vorname Zusatz Name)
------------	---