

Lungenpraxis am Hirschgarten

Dr. med. Kenny Kögel

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie • Schlafmedizin • Notfallmedizin

Aufnahmebogen

Wir bitten um möglichst vollständige Beantwortung der Fragen. Alle Angaben sind freiwillig.

Datum: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy privat: _____ beruflich: _____

E-Mail: _____

Hausarzt/ Ort: _____ Krankenkasse: _____

1. Aktuelle Beschwerden:

Körpergröße: cm; Gewicht: kg

() **Husten:** mit Auswurf blutig trocken

() **Atemnot:** in Ruhe bei Belastung

() **Brustschmerzen:** Wo?

() **Fieber** () **Nachtschweiß**

() **Sonstige Beschwerden:**

Seit wann bestehen o.g. Beschwerden?

Sodbrennen?

ja nein

Ungewollter **Gewichtsverlust?**

nein ja, kg in Wochen/ Monaten

Schnarchen Sie?

ja nein

Nächtl. **Atemaussetzer?**

ja nein

Tagesmüdigkeit/ -Schläfrigkeit?

ja nein

2. Rauchen Sie aktuell?

nein ja, ca. Zigaretten/ Tag, seit

3. Haben Sie früher geraucht?

nein ja, ca. Zigaretten/ Tag, etwa Jahre
Nichtraucher seit:

4. Sind Allergien bekannt?

nein ja, bitte Allergiefragebogen noch ausfüllen

5. Medikamentenallergien bzw. Unverträglichkeiten?

ja nein

Wenn ja, wogegen?

5. Nur Frauen, besteht eine **Schwangerschaft?**

ja nein

6. Wann und wo war die **letzte Röntgenaufnahme Ihrer Lunge?**

7. Sind Vorerkrankungen bekannt, welche?

Haben Sie **ansteckende Krankheiten** (z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, MRSA)? ja nein

Wenn ja, welche?

8. Gibt es Krankheiten in Ihrer **Familie** (Krebs-, Herz-, Lungenerkrankungen, Allergien, Rheuma)? ja nein

Wenn ja, welche?

9. Was üben bzw. übten Sie beruflich aus?

10. Aktuelle Medikamente (auch Inhalationsmittel, „Pille“, Augentropfen):

1.2.1.3 FB Aufnahmebogen (1)					Seite 1 von 1
Erstellt am	18.03.2010	Geändert am	01.04.2020	Freigegeben am	01.04.2020
Erstellt durch	na	Geprüft durch	kö	Freigabe durch	Dr. Kögel

Patienteneinwilligung zur Übermittlung und Einholung von Daten

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Adresse: _____

I. DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, erhoben, verarbeitet und an **weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken, Pflegeheime, Krankenkassen bzw. andere medizinische Dienstleister** (z.B. Labore, Providern für Beatmungsgeräte/ Sauerstoff) übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns **einzuholende Vorbefunde** anderer Ärzte und Kliniken.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden **Personen/ Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Punkt I wird nicht gewünscht:

II. REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Ich bin damit einverstanden, dass

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- _____

an

- Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen) _____
- Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims _____
- Apotheke _____
- _____

übermittelt / übersendet werden dürfen.

von diesen abgeholt werden dürfen.

Punkt II wird nicht gewünscht:

III. ERREICHBARKEIT PER POST, TELEFON ODER EMAIL

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Praxis mittels Telefon und Post kontaktieren darf.

Falls eine Kontaktaufnahme auch per E-Mail gestattet ist, bitten wir Sie dies unten zu kennzeichnen:

E-Mail: _____

Punkt III wird nicht gewünscht:

IV. ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE (eGK)

Anlage, Pflege und Löschung des Notfalldatensatzes (NFD), eines elektronischen Medikationsplanes (eMP) bzw. eines Datensatzes Persönliche Erklärung (DPE) auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Die Anlage des Notfalldatensatzes (NFD), des Datensatzes Persönliche Erklärung (DPE) sowie des elektronischen Medikationsplanes ist freiwillig.

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie mit der Datenerfassung, -Pflege bzw. -Löschung im Zusammenhang mit den genannten Vorgängen (NFD, eMP, DPE) auf der elektronischen Gesundheitskarte einverstanden oder nicht einverstanden sind:

	<u>einverstanden</u>	<u>nicht einverstanden</u>
a) Notfalldatensatzes (NFD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) elektronischer Medikationsplan (eMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Datensatzes Persönliche Erklärung (DPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

von der Aufnahme **ausgeschlossene Daten**:

Punkt IV wird nicht gewünscht:

Die Information zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Im Falle der Ablehnung einer der Punkte I – IV habe ich dies an den vorgesehenen Stellen markiert und bestätige meine Entscheidung mit meiner Unterschrift.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung bzw. Ablehnung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift