

# 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: \_\_\_\_\_

Eine Kontaktaufnahme per Post oder Telefon 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