



Pneumologie Zentrum Lübeck/Bad Schwartau

Pneumologie • Allergologie • Schlafmedizin
Dres. Apel/ Becker/ Bendig/ Rausch



SCHLAF
MEDIZIN
ZENTRUM
LÜBECK

Privatpraxis Bad Schwartau Dr. Apel / Dr. Becker Am Kurpark 1 23611 Bad Schwartau

Name:

Datum:

Wir bitten Sie um Mithilfe!

Sie sind zum ersten Mal bei uns und wir begrüßen Sie im Namen unseres ganzen Teams!
Unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln.

Damit wir gut auf Ihre Beschwerden eingehen können, bitten wir Sie zunächst um Beantwortung einiger Fragen zu Ihren Beschwerden und Ihrer Vorgeschichte.

Bitte füllen Sie dann die folgenden Fragebögen vollständig aus.

Sollten Sie einen Medikamentenplan in Schriftform mit sich führen, reicht es aus diesen an der Anmeldung vorzulegen, Sie brauchen dann die Medikamente nicht separat auf den hierfür vorgesehenen Bogen aufzuführen.

Sollten Sie die Medikamente aufschreiben, bitten wir die Namen und Dosierungen sowie die Einnahmehäufigkeit im Bogen zu vermerken.

Wenn Sie weitere Befunde für uns haben wie zum Beispiel Arztbriefe, Berichte über Röntgenuntersuchungen, Laborbefunde oder auch CDs bitten wir Sie, diese an der Anmeldung abzugeben. Wir können die Befunde dann im Vorhinein in Ihre Akte kopieren.

Abschließend eine Bitte zum Ausfüllen des Datenschutzbogens:

Bitte schreiben Sie insbesondere Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse leserlich.

Bitte beantworten Sie jede der dort gestellten Fragen.

Wenn einzelne Punkte unklar sind, stehen wir gerne für Rückfragen zur Verfügung, sprechen Sie uns bitte an.

Sollten Sie eine Lesebrille benötigen, wir haben Lesebrillen in den wichtigsten Stärken vorrätig

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam Dr. Apel, Dr. Becker

Name:

- Ihre aktuellen Beschwerden: (Stichwörter reichen):

- Sind Vorerkrankungen bekannt?, Wenn ja welche (z.B. Bluthochdruck, Zucker, usw.)

Sind Operationen durchgeführt worden? Wenn ja welche .

- Ihr (früherer) Beruf? _____ berentet

- Haben Sie Allergien? nein ja, und zwar gegenüber

- Falls bei Ihnen Heuschnupfen/allergisches Asthma bekannt ist: In welchen Monaten treten die Beschwerden auf ?

- Januar Februar März April Mai Juni Juli August September
 Oktober November Dezember

- Glauben Sie, dass eine Allergie Ursache Ihrer aktuellen Beschwerden sein könnte?

ja, nein

- Haben Sie eine Kontrastmittel- oder Medikamentenunverträglichkeit?

• _____

- Haben Sie geraucht? nein ja, ___ Zig. / Tag, bis jetzt oder bis _____

- Haben Sie Haustiere? nein, ja, und zwar _____

- Aktuell krankgeschrieben

- Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? _____

- Wie gut ist Ihr Schlaf?

morgens bin ich meist gut erholt

ich schnarche meistens

morgens und tagsüber bin ich eher schläfrig und erschöpft

nachts wurden bei mir Atemaussetzer beobachtet

- **Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (einschließlich Augentropfen)?**

Bitte tragen Sie diese möglichst genau mit der Dosierung in mg und den Einnahmezeiten in die Tabelle auf der folgenden Seite ein

Name:

Pneumologie Zentrum Lübeck / Bad Schwartau

Dr. Jens C. Becker Dr. Christoph Apel Dr. Fiona Rausch Dr. Stefanie Bendig

Privatpraxis Dr. Apel / Dr. Becker Bad Schwartau

Einverständniserklärung (nach EBM 2008)

Bei einer Praxisübergabe gestatte ich, dass meine Behandlungsdaten einem Praxisnachfolger ohne Einschränkungen überlassen werden.

1. Ich möchte, dass mein Hausarzt / -ärztin und folgende Fachärzte

Frau/Herr Dr. _____ in _____
Frau/Herr Dr. _____ in _____

regelmäßig über hier
durchgeführte Untersuchungen / Behandlungen informiert wird

ja nein

2. Ich bin daran interessiert, über neue Entwicklungen / Therapien (auch im Rahmen einer Studienteilnahme), die meine Erkrankung betreffen, informiert zu werden

ja nein

3. Ich möchte an Termine wichtiger Untersuchungen / Therapien / Hyposensibilisierungen durch die Praxis erinnert werden.

Terminerinnerungen (Recall) erfolgen entweder per E Mail oder SMS

ja nein

4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form zu Forschungs-/Verwaltungszwecken verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass bei Computerwartungen etc. meine Daten evtl. externem Personal zugänglich sind, welches aber auch zu Verschwiegenheit verpflichtet ist.

5: Laboruntersuchungen werden im Labor Lübeck durchgeführt, in Einzelfällen im Labor Sennekamp in Bonn. Ich willige ein, dass im Rahmen von erforderlichen Untersuchungen meine Daten an die Labore weitergegeben werden.

6: Bei Röntgen-Untersuchungen ist es im Einzelfall erforderlich im vorhinein Laborwerte zur Verfügung zu stellen, um die Untersuchung komplikationslos durchführen zu können. Ich willige ein, dass wenn dies erforderlich ist meine Labordaten an das entsprechende Röntgeninstitut gesendet werden.

7: Falls eine Weiterbehandlung/Mitbehandlung im Krankenhaus erforderlich ist willige ich ein, dass meine Daten und Befunde entsprechend an das Krankenhaus gesendet werden.

8. Die Information über den Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit bei uns schriftlich widerrufen.

Lübeck, den _____
(Unterschrift)

Tel.: _____

Mobil: _____

E- Mail: _____

Wichtig: Bitte informieren Sie uns, sobald sich Ihrer Handynummer oder E-Mail-Adresse ändert.