

Asklepios MVZ Bayern - Lungenfachärzte FFB
Dr. med. G. Reiner / Dr. med. F. Schnabel / Dr. med. A. Middelbeek

Sehr geehrte Patienten,
nachfolgend finden Sie den Anmeldebogen für die Praxis. Füllen Sie den Bogen bitte möglichst vollständig aus und geben Sie diesen bei Anmeldung wieder ab.

⇒	Krankenversicherung
⇒	Name, Vorname, Geb.-Datum
⇒	bei Kindern Sorgeberechtigter: Name, Vorname, Geb.-Datum
⇒	Adresse
⇒	
⇒	Telefon-Nummer privat/geschäftlich

Ich wünsche einen Bericht an:

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1b SGBV sowie §§ 4 und 28 BDSG

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Lungenfachärzte Fürstfeldbruck mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern.

Ich erkläre mich außerdem einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer telefonisch, per Fax oder postalisch übermittelt werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bei Kindern über 14 Jahren: Mit der Übermittlung der Rechnung an den Sorgeberechtigten/ Versicherungsnehmer besteht Einverständnis, ebenso mit Auskunftserleitung und Abgabe von Rezepten an diesen.

Einverständniserklärung zur Abrechnung

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Leistungen zum 2,3fachen und technische Leistungen zum 1,8fachen Satz der GOÄ berechnet werden. **Hiervon abweichende Regelungen bedürfen der Schriftform** (z.B. sogenannte Standardtarife).

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet, dies gilt insbesondere für selbständige ärztliche Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis für Ärzte aufgenommen sind.

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Datum:

➔ ➡ ➢ ➣ ➤ ➥ Bitte wenden

Anamnese Fragebogen

Haben Sie Allergien?

nein

ja, ich reagiere allergisch auf:

.....

Wurde bei Ihnen bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt? (Behandlung mit Spritzen oder Tabletten gegen Allergien)

nein

ja, von:..... bis:.....

gegen:

Haben Sie Kontakt zu Haustieren?

nein

ja, zu

Sind bei Ihnen Erkrankungen im HNO-Bereich (z.B. Nasennebenhöhlenentzündungen, Polypen) bekannt?

nein

ja

Leiden Sie an Erkrankungen des Magens und der Speiseröhre (z.B. Sodbrennen, Reflux, Gastritis) und nehmen Sie Medikamente dagegen ein?

nein

ja

Medikamente:

Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Osteoporose, Thrombosen, etc.) oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja

Medikamente:.....

Welchen Beruf üben /übten Sie aus? Waren oder sind Sie am Arbeitsplatz Gasen, Dämpfen oder Stäuben ausgesetzt?

.....

Bestehen in Ihrer Familie Vorbelastungen mit allergischen Erkrankungen, Asthma oder anderen Lungenkrankheiten?

nein

ja

Sind Sie Raucher oder ehemaliger Raucher?

nein, ich habe noch nie geraucht

nein, ich rauche nicht mehr seit:

Damals ca..... am Tag seit

ja, ich rauche seit ca.am Tag

Treiben Sie Sport?

nein ja,

Wie schwer sind Sie?..... kg Wie groß sind Sie? cm

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?

nein weiß nicht ja, in der Woche