

**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 Fürstenfeldbruck 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, das 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