

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie folgenden strukturierten Fragebogen vor Ihrer ersten Vorstellung in unserem MVZ aus. Hiermit wollen wir erreichen, dass wir möglichst viele Faktoren, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen können, erfassen und Sie so zu Ihrem besten Wohl betreuen können. Sie können sich unseren Fragebogen im Internet herunterladen und bereits zu Hause in Ruhe ausfüllen oder dies bei Ihrem Erstbesuch im Wartezimmer tun. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Str., Hausnr., Ort)

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Beruf

Krankenkasse

Hausarzt

Überweisender Arzt

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? In welcher Dosierung?

Name	Stärke oder Dosierung (mg/ μ g)	Früh-Mittags-Abends

Bitte Wenden!



Sind Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente bekannt? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche?

Medikament	Beschreibung der Unverträglichkeit
.....
.....
.....

Welche Beschwerden führen Sie zum Besuch unseres MVZ? Seit wann bestehen diese?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche anderen Krankheiten sind bei Ihnen bekannt? Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Welche relevanten Unfälle hatten Sie?

- 1 Zeitpunkt/seit wann?
- 2 Zeitpunkt/seit wann?
- 3 Zeitpunkt/seit wann?
- 4 Zeitpunkt/seit wann?

Wurde bereits eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie durchgeführt?

- CT MRT Körperregion: Zeitpunkt:
- CT MRT Körperregion: Zeitpunkt:
- CT MRT Körperregion: Zeitpunkt:

Bei welchen anderen Ärzten waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden in Behandlung?

.....

.....

.....

Leiden Sie an:

- Bluthochdruck Ja Nein
- Zuckerkrankheit Ja Nein
- Herzrhythmusstörungen Ja Nein
- Schlafapnoe /
Atemwegserkrankungen Ja Nein
- Leber- / Nieren- /
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
- Tumorerkrankungen Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Wann?

- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
- Könnte / Liegt aktuell eine
Schwangerschaft vor? Ja Nein
- Tumorerkrankungen ggf.
Familiär Ja Nein
- Haben Sie Kinder? Ja Nein
- Sind Sie verheiratet? Ja Nein
- Leben Sie allein? Ja Nein
- Leben Sie mit einem
Partner / einer Partnerin
zusammen? Ja Nein
- Leben Sie in Ihrer
Familie? Ja Nein
- Leben Sie in einer
Einrichtung? Ja Nein
- Sind Sie derzeit
krankgeschrieben? Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

Wenn ja, welche SSW:
.....

Wenn ja, in welchem Alter:
.....

Seit wann?
.....

Seit wann?
.....

Haben Sie ein besonderes Anliegen zur Untersuchung und Behandlung in unserem MVZ?

.....

.....

.....

.....

Bitte Wenden!

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg



Wurde in den letzten Wochen bei Ihnen eine Blutuntersuchung durchgeführt?

Ja Nein

wenn ja: Wann und wo?

.....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magenspiegelung durchgeführt?

Ja Nein

wenn ja: Wann und wo?

.....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

Ja Nein

wenn ja: Wann und wo?

.....

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift



MVZ gGmbH
Krankenhausstraße 1a
84453 Mühldorf a. Inn

Krankenhausstraße 1a
84453 Mühldorf a. Inn
Tel.: 08631 / 16 61 20
Fax.: 08631 / 16 61 269

E-Mail: info@facharzt-mvz-muehldorf.de

Nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Praxis

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: _____ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: _____ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein Hausarzt ist (Name und Anschrift):

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)



MVZ gGmbH
Krankenhausstraße 1a
84453 Mühldorf a. Inn

Krankenhausstraße 1a
84453 Mühldorf a. Inn
Tel.: 08631 / 16 61 20
Fax.: 08631 / 16 61 269

E-Mail: info@facharzt-mvz-muehldorf.de

Bei Bedarf von allen Patienten auszufüllen!

Freiwillige Datenübermittlung an weitere Ärzte

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: _____ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: _____ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die unten angegebenen Ärzte zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Kontaktdaten der Ärzte (Name und Anschrift)

1) _____

2) _____

3) _____

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die bei meinem behandelnden Arzt (s. oben) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Praxis, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des behandelten Arztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Die Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)