



Praxis Sophienstraße 7 · 21465 Reinbek

In Kooperation mit

GASTROENTEROLOGISCHES ZENTRUM
HAMBURG-OST



Schwerpunktpraxis
Magen * Darm * Enddärmerkrankungen

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich in unserer Praxis neu angemeldet. Auf diesem Wege möchten wir uns Ihnen vorstellen und haben zugleich einige Unterlagen für Sie vorbereitet. Damit möchten wir Ihnen helfen, Ihre Betreuung so angenehm und effektiv wie möglich zu gestalten.

Gleichzeitig haben wir auch zwei Bitten an Sie, um uns möglichst umfassend über Ihren Gesundheitszustand zu informieren.

1. Bitte: In der Anlage finden Sie einen Anamnese-Aufnahmebogen (Seite 2) und einen Bogen zu den bisherigen Behandlungen (Seite 3), die Sie bitte vorab ausfüllen sollten.

2. Bitte: Zur besseren Vorbereitung ist es wünschenswert, dass zu Ihrem ersten Arzttermin bereits möglichst vollständige Unterlagen zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte vorliegen. Besorgen Sie bitte möglichst Kopien von Befundberichten, Arztbriefe, Krankenhausberichte oder Entlassungsberichte und Laborwerte, (keine Röntgenbilder).

Falls Sie keine Unterlagen haben, kümmern wir uns natürlich gerne um die Beschaffung der nötigen Informationen. Dazu benötigen wir von Ihnen die Aufstellung der bisher behandelnden Ärzte und Institutionen (Krankenhäuser, Kurkliniken etc.), sowie eine Einverständniserklärung mit Vollmacht Ihrerseits. Wenn Sie diesen Service nutzen möchten, füllen Sie bitte die Anlage **Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung** (Seite 4) aus. Senden Sie diese dann bitte möglichst umgehend z. B. per Fax an uns zurück, da die Befundanforderung erfahrungsgemäß einige Zeit in Anspruch nimmt.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

Ihr Praxisteam

FRAGEN? WIR HELFEN GERNE!

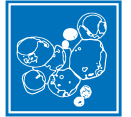
PATIENTENSERVICE DER REGIONALEN VERSORGUNGSGEMEINSCHAFT

Tel.: (0 40) 78 08 90-6
Fax: (0 40) 78 08 90-85

E-Mail: info@onkologie-hamburg-ost.de
www.onkologie-hamburg-ost.de



hamburger gesundheitszentrum



Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienstand	Beruf (evtl. auch frühere)	Pflegestufe
Schwerbehinderung: GdB Merkmale	Auskunftsbererechtigte	Telefonnummer(n) Auskunftsbererechtigte

Telefonische Erreichbarkeit

Telefonnummer	Beste Zeit (Wochentage, Zeiten)
---------------	---------------------------------

Krankengeschichte / Basisinformation

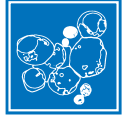
Liebe Patientin, Lieber Patient,
 Sie sollen die bestmögliche Behandlung bekommen. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn wir Kenntnisse über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen bzw. (Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt? Zutreffendes bitte ankreuzen)ige Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Operationen) haben.

Aktuelle Beschwerden / Erkrankung (Diagnose) / auffällige Befunde:

Anamnese:

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen / Symptome festgestellt? Zutreffendes bitte ankreuzen

	NEIN	JA	SEIT WANN (Jahr)		NEIN	JA	SEIT WANN (Jahr)
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gallen(blasen)erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzenge (Angina pectoris, Herzkranzgefäßerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thrombosen oder Lungenembolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Wirbelsäulenerkrankungen/ Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Überempfindlichkeiten/ Allergien...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Medikamenten- unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Haben Sie Kinder (wie viele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rauchen Sie (wieviel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				



Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosierung; ggf. Rückseite verwenden)

Frühere Operationen (in welchem Jahr)

Gehäuft vorkommende Erkrankungen in der Familie

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

Bisher behandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen:

Hausarzt

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATUM

Letzte Gesundheitsuntersuchung

Letzte Vorsorgeuntersuchung

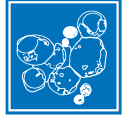
Screening Mammographie

Vorsorgekoloskopie

Name

Vorname

Geburtsdatum



Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Reinbek, Dres. Fritz/Maaß/Schneider/Wiesmann meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax, ggf. elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung anfordern und einsehen dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluß der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift, Patient/-in, [Titel Vorname Zusatz Name]

Checkliste für Ihren ersten Termin

1. Ausgefüllter Anamnesebogen mit Angaben über bisherige Behandlungen im Rahmen der Erkrankung
2. Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung
3. Befunde, insbesondere Operationsberichte und Histologiebefunde, Arztbriefe, Laborberichte etc. in Kopie sofern möglich
4. Versichertenkarte und Überweisung
5. ggf. Zuzahlungsbefreiung
6. Medikamentenliste (ggf. mit Originalpackungen)

Sofern Ihr Termin nicht innerhalb der nächsten drei Tage liegt, bitten wir Sie die Unterlagen (Punkt 1. bis 3.) schon vorab einzusenden.