



Dok. Typ Form	Dok. Referenznummer 12100000-0001	Rev.-Stand Rev 05	Erstellung / Überarbeitung 05.08.2020 Klaus Rieger	Inhaltliche / Fachliche Prüfung 05.08.2020 Klaus Rieger
------------------	--------------------------------------	----------------------	---	--

## FORMULAR: Anamnesebogen

Veröffentlichung / Freigabe  
05.08.2020 Klaus Rieger

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal und individuell behandeln zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Die Beantwortung ist freiwillig. Einzelne Fragen können auch im Behandlungsgespräch beantwortet werden.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Krankheiten?:

Seit Wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Psychische Erkrankungen, Depression	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Operationen/Unfälle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? In welcher Wirkstärke, Dosierung?:

.....

.....

.....

# FORMULAR: Anamnesebogen

**Rauchen Sie?:** Wenn ja, wieviel: ..... nicht mehr seit: .....

**Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?:** Wenn ja, wieviel: .....

**Haben Sie Allergien? :**  Nein  Ja, gegen: .....

Auch gegen Medikamente?:  Nein  Ja, gegen: .....

## Treten oder traten bei Ihren Eltern, Großeltern oder Geschwistern folgende Krankheiten auf?:

		Nähere Angaben:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	.....

## Berufs- und Sozialanamnese:

**In welchem Beruf arbeiten Sie / haben Sie gearbeitet?:** .....

**Ich bin aktuell:**  berufstätig  Schüler/Student  Rentner/Pensionär  .....

**Ich lebe ... :**  alleine  mit Partner/-in  bei den Eltern  .....

## Wer sollte im Notfall benachrichtigt werden (Name, Telefonnummer)?:

### Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte:

**telefonisch unter:** ..... **per Email unter:** .....

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche(r) Vertreter(-in)

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Anmeldung ab. Hier helfen wir Ihnen auch gerne bei Fragen oder Unklarheiten weiter.

### Information über die Erhebung / Übermittlung von Behandlungsdaten u. Befunden nach § 73 Abs. 1b SGB V:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, Labore, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Dok. Typ VA	Dok. Referenznummer 21100000-0012	Rev.-Stand Rev 09	Erstellung / Überarbeitung 08.06.2022 Klaus Rieger	Inhaltliche / Fachliche Prüfung 08.06.2022 Klaus Rieger
----------------	--------------------------------------	----------------------	---	--

## Patienteninformation: PRAXISSTRUKTUR

Veröffentlichung / Freigabe  
08.06.2022 Klaus Rieger

### Suchen Sie sich in unserer Praxis einen Arzt als festen Ansprechpartner aus:

Dieser übernimmt auf Dauer die Koordinierung Ihrer medizinischen Behandlung. Nur wenn ein Arzt Sie und Ihre Vorgeschichte kennt, ist eine gute hausärztliche Betreuung erst möglich.

### Wir sind eine Bestellpraxis - Vereinbaren Sie bitte immer rechtzeitig einen Termin:

Damit Sie von Ihrem Wunscharzt betreut werden können, ist eine rechtzeitige Terminvereinbarung erforderlich. Sie vermeiden damit auch längere Wartezeiten im Wartezimmer. Wir empfehlen einen Vorlauf von 2 Wochen.

### Bei akuten Beschwerden – Wir bieten täglich eine Akutsprechstunde an:

Patienten mit akuten Beschwerden werden am selben Tag in der Akutsprechstunde ärztlich versorgt, ohne vorherige Terminvereinbarung. Der an diesem Tag für die Akutpatienten zuständige Arzt wird Sie nicht zur gebuchten Uhrzeit, sondern nach Dringlichkeit aufrufen. Sie müssen mit Wartezeit rechnen. Die Behandlung beschränkt sich ausschließlich auf die akuten Beschwerden. Bitte beachten Sie die festen Annahmezeiten der Akutsprechstunde. Außerhalb dieser Zeiten können wir Sie nur annehmen, wenn Sie rechtzeitig vorher einen Termin vereinbart haben.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
12.00 - 12:45	12:00 - 12:45	12:00 - 12:45	12:00 - 12:45	12:00 - 12:45

Das Angebot richtet sich nur an Patienten, die aktuell durch unsere Praxis hausärztlich betreut werden. Patienten die nicht oder nicht mehr durch uns hausärztlich betreut werden, wenden sich bei akuten Beschwerden an ihren aktuellen Hausarzt.

### Notfälle:

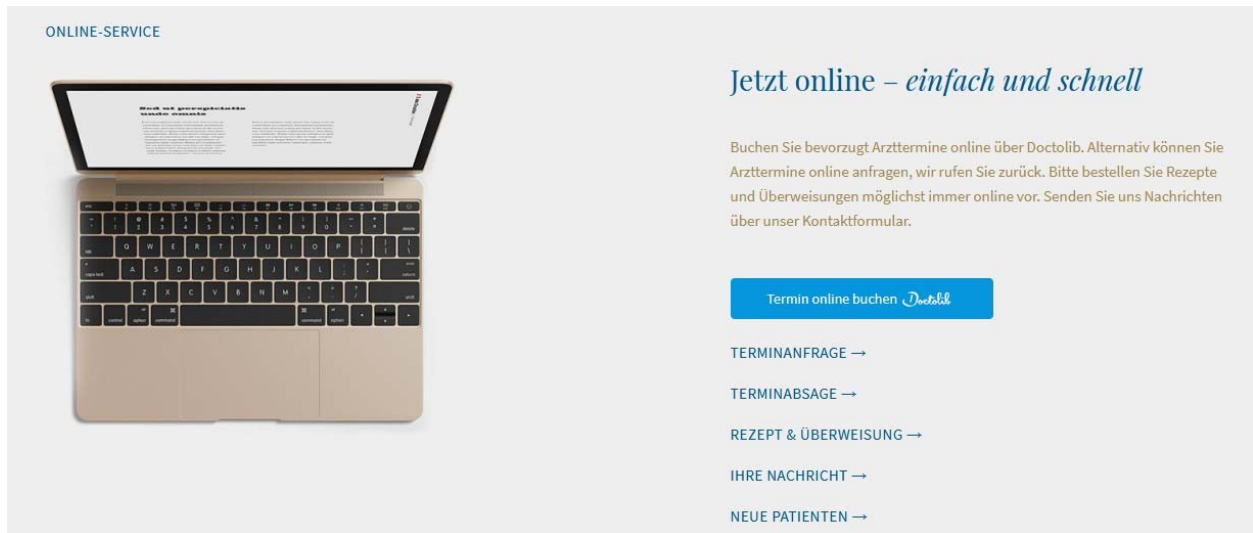
Echte Notfälle (Herzinfarkt, Schlaganfall, stärkste Schmerzen, schwere Luftnot, usw.) werden selbstverständlich sofort während jeder Sprechstunde behandelt.

### Bringen Sie zu jedem Praxisbesuch Ihre Versichertenkarte mit.

Nur nach Vorlage einer gültigen Versichertenkarte dürfen wir Sie auf Kosten der gesetzlichen Krankenkasse behandeln. Wird die Karte bis zum Ende des Quartals nicht nachgereicht, kommt die gesetzliche Krankenkasse nicht für die Kosten Ihrer Behandlung auf. Die Rechnungsstellung erfolgt dann nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Sie erhalten eine Rechnung.

Nutzen Sie den **ONLINE-SERVICE** unserer Webseite [www.tempelhoferteam.de](http://www.tempelhoferteam.de)

Über den Online-Service unserer Webseite ist es für Sie einfacher, unsere Praxis zu erreichen - unabhängig von Sprech- und Telefonzeiten, rund um die Uhr. Die Seite ist ebenfalls für Benutzer von Smartphones geeignet. Wir wünschen uns, dass Sie dieses Angebot ausgiebig nutzen, da es die Abläufe für Sie und uns wesentlich vereinfacht.



The image shows a screenshot of the 'ONLINE-SERVICE' webpage. On the left, there is a photograph of a laptop displaying a website interface. To the right of the laptop, the text reads 'ONLINE-SERVICE' at the top. Below this, the heading 'Jetzt online – einfach und schnell' is displayed in a blue font. Underneath the heading, there is a paragraph of text: 'Buchten Sie bevorzugt Arzttermine online über Doctolib. Alternativ können Sie Arzttermine online anfragen, wir rufen Sie zurück. Bitte bestellen Sie Rezepte und Überweisungen möglichst immer online vor. Senden Sie uns Nachrichten über unser Kontaktformular.' Below this text is a blue button with the text 'Termin online buchen Doctolib'. At the bottom of the screenshot, there is a vertical list of navigation links: 'TERMINANFRAGE →', 'TERMINABSAGE →', 'REZEPT & ÜBERWEISUNG →', 'IHRE NACHRICHT →', and 'NEUE PATIENTEN →'.

### TERMINE DIREKT ONLINE VEREINBAREN – INKLUSIVE VIDEOSPRECHSTUNDE

Sie können Arzttermine direkt online über Doctolib vereinbaren. Alternativ können Sie Termine für Ihren Stammarzt online anfragen, wir rufen Sie dann zurück. Damit Sie Ihren Wunschtermin erhalten, empfehlen wir eine Vorlaufzeit von 2 Wochen.

### TERMINE ABSAGEN

Termine können Sie ganz einfach über unser Kontaktformular absagen, auch per Smartphone von unterwegs. Rund um die Uhr und unabhängig vom Telefon.

### REZEPTE UND ÜBERWEISUNGEN MÖGLICHST VORBESTELLEN

Mit Hilfe unseres Kontaktformulars können Sie ganz einfach Ihre Rezepte, Überweisungen und andere Verordnungen vorbestellen. Diese liegen dann zwei Werkstage später zur Abholung bereit. **Alternativ können Sie Verordnungswünsche auch über unser Telefonsystem 7019250 bestellen.** Wir möchten Sie bitten, Ihre Medikamente auch dann vorzubestellen, wenn Sie einen Sprechstundentermin haben. Dies vereinfacht erheblich die Abläufe. Bitte bestellen Sie Ihre Medikamente mindestens zwei Werkstage vor Ihrem Sprechstundentermin vor. **Bringen Sie spätestens bei der Rezeptabholung Ihre Versichertenkarte mit.**

**Postversand:** Der Versand per Post ist möglich, wenn Sie ausreichend frankierte und an Sie adressierte Briefumschläge in der Praxis hinterlegt haben. Sind Sie privat krankenversichert, erscheint der Postversand als Leistungsposition in Ihrer Rechnung.

### NACHRICHTEN SENDEN

Mitteilungen, organisatorische Fragen und Hinweise senden Sie uns über unser Kontaktformular. Komplexe medizinische Fragen können nur im Rahmen der Sprechstunde beantwortet werden.