

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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
(wichtig für Terminerinnerung!) _____

Hausarzt _____

Überweisender Arzt _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? In welcher Dosierung?

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

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

Medikament

Beschreibung der Unverträglichkeit

.....

.....

Bitte wenden!

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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

1 Zeitpunkt/seit wann?

2 Zeitpunkt/seit wann?

Wurde bereits eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie durchgeführt?

CT ☐ MRT ☐ Körperregion: Zeitpunkt:

CT ☐ MRT ☐ Körperregion: Zeitpunkt:

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

.....
.....

Anamnese:

Bluthochdruck

Ja ☐

Nein ☐

Zuckerkrankheit

Ja ☐

Nein ☐

Schlaganfall

Ja ☐

Nein ☐

Leber- / Nieren- /
Schilddrüsenerkrankungen

Ja ☐

Nein ☐

Tumorerkrankungen ggf.
familiär

Ja ☐

Nein ☐

Rauchen Sie?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?

Ja ☐

Nein ☐

Haben Sie Kinder?

Ja ☐

Nein ☐

Sind Sie verheiratet?

Ja ☐

Nein ☐

Leben Sie in Ihrer
Familie?

Ja ☐

Nein ☐

Leben Sie in einer
Einrichtung?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wurde in den letzten Wochen bei Ihnen eine Blutuntersuchung durchgeführt?

Ja ☐ Nein ☐

wenn ja: Wann und wo?

.....

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja: Wann und

wo?.....

Kenntnisnahme zum Annahmeverzug

Das MVZ der Kliniken des Landkreises Mühldorf a. Inn möchte Ihnen schnell und professionell zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen und Patienten, die dringend einen Termin benötigen, keinen bekommen können, da unsere Sprechstunden überfüllt sind. Umso ärgerlicher ist es, dass belegte Termine **ohne Absage** nicht wahrgenommen werden.

Um Ihnen den bestmöglichen Service bieten zu können, müssen wir dem Einhalt gebieten. Jetzt hat uns das Gericht in folgendem Urteil (Landgericht Berlin vom 15.04.2005, AZ: 55 S 310/04 gemäß § 293 ff. BGB – gesetzliche Regelungen zum Annahmeverzug) ein Werkzeug an die Hand gegeben, um dagegen vorzugehen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls wird Ihnen – **unabhängig von der Begründung des kurzfristigen Ausfalls** – gemäß § 293 ff. BGB eine Ausfallpauschale je nach Terminlänge privat in Rechnung gestellt:

- 50,00 €
- 100,00 € bei gastroenterologischen Untersuchungen

Hinweis: Bei Fällen höherer Gewalt (z. B. plötzliche schwere Erkrankung, Unfall, Naturkatastrophen) **wird selbstverständlich keine Ausfallpauschale berechnet.** Bitte informieren Sie uns in solchen Fällen schnellstmöglich.

Diese Regelung gilt für alle vereinbarten, aber nicht wahrgenommenen Termine ohne rechtzeitige Absage.

Bitte beachten Sie auch: **Sollte eine zweite Rechnung aufgrund eines weiteren nicht abgesagten Termins erfolgen müssen, behalten wir uns vor, künftig keine weiteren Termine mehr mit Ihnen zu vereinbaren.**

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Vereinbarungen an und erklären sich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Unbedingt auszufüllen!

Datenübermittlung an weitere Ärzte

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

Ich, Nachname: _____, Vorname: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

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

Kontakt Daten 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 behandelnden Arztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja ☐ **Nein** ☐

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per E-Mail erhalte.

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)