Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden nach § 73 Abs. 1b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname, Geb.Datum: _____

Selbstzahler: **O Ja**

Private Krankenversicherung: **O Ja, bei** _____

1. Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Dr. Geisheimer Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin/war, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen meinem behandelnden Arzt Dr. Geisheimer weiterzuleiten. Mein Arzt darf diese Informationen nur zu Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. ***Eine Weitergabe von Befunden erfolgt nur nach Absprache mit Herrn Dr. Geisheimer.***

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

2. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte oder Psychotherapeuten die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei Herrn Dr. Geisheimer einholen. Dr. Geisheimer ist verpflichtet, diese Daten weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leitungen verwenden. ***Eine Weitergabe von Befunden erfolgt nur nach Absprache mit Herrn Dr. Geisheimer.***

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

3. Für **Selbstzahler**: Ich wurde darüber informiert und aufgeklärt, dass mein behandelnder Arzt Dr. Geisheimer die von ihm erbrachten Leistungen nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen darf und diese somit von mir selbst zu tragen sind. Eine etwaige Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise liegt einzig und allein im Ermessen der entsprechenden Krankenkasse und muss von mir selbst beantragt werden.

Ort, Datum **Unterschrift**

Anamnesebogen Kind

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der ganzheitlichen Medizin ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Wir sind daher auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen; denn je genauer und umfassender die Informationen sind, desto besser können wir uns auf Sie und Ihre Beschwerden vorbereiten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn uns vor Ihrem Termin per Fax, E- Mail oder auch per Post oder bringen ihn einfach zu Ihrem Termin mit.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam für ganzheitliche Medizin am Nordbahnhof

I. Allgemeine Angaben:

Name _____ **Straße** _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ **Telefon** _____ **eMail** _____

Versicherung: _____ **Selbstzahler:** _____

Größe _____ **Gewicht** _____ **Schule** _____

Erziehungsberechtigte Person: _____

II. Zu Ihrer Person:

1. Liegen Allergien/Unverträglichkeiten vor? Wenn ja, welche? O nein O ja:

O Heuschnupfen	O Tierhaare	O Hausstaub
O Penicillin	O Lidocain	O Acethylsäure (z.B. Aspirin)
O Milben	O Metalle	O
O Sonstiges:		

2. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?

Herz:
Lunge:
Leber:
Niere/Blase:
Bewegungsapparat:
Sonstiges:

Anamnesebogen Kind

3. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

O Masern	O Mumps	O Röteln	O Windpocken	O Herpes	O Polio
O Scharlach	O Keuchhusten		O Tuberkulose		
O Malaria		O Tropenerkrankungen		O Pfeiffersches Drüsenfieber	

4. Welche Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

_____

_____

5. Familienvorgeschichte

O Bluthochdruck	O Diabetes	O Fettstoffwechselstörung
O Herzinfarkt	O Asthma	O Lungenerkrankung
O Krebs	O Erbkrankheiten	O

6. Hatten Sie Operationen, wenn ja, welche?

_____

_____

III. Aktuell

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

_____

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z. B.: Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

_____

3. Was ist Ihr Wunsch, Ihr Ziel an mich?

_____

Datum, Unterschrift: _____

Vielen lieben Dank für Ihre Mithilfe! Ich freue mich auf Sie.