|  |  |
| --- | --- |
| Dr. med. Lars Peters **Dr.med. Katrin Schiebe** (angest. Ärztin) Fachärzte für Innere Medizin /RettungsmedizinJacqueline Kallmeyer (angest. Ärztin) Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie  **Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin) Logo8 Facharzt für Allgemeinmedizin | Mödesser Weg 32 31224 PeineTel: 05171/ 60 09 Fax: 05171 / 39 95  [info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)  www.hausarzt-peine.de |

Sehr geehrte/r Patient/in!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sie möchten einen Ersttermin in unserer Praxis erhalten. Wir freuen uns!

Um entscheiden zu können, ob wir Sie hausärztlich betreuen können, möchten wir Sie bitten den Patientenaufnahmebogen auszufüllen. Dies hilft uns in der gezielten Vorbereitung auf den Termin mit Ihnen und wir können Ihre Akte schon anlegen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Zudem bitten wir Sie die Datenschutzerklärung sowie ggfs. die Schweigepflichtsentbindung für Angehörige/ nahestehende Personen durchzulesen und zu unterschreiben.

Die Vorakte holen wir uns nach unserem ersten Termin gerne von Ihrer/m vorbehandelnden Hausärztin / Hausarzt oder Sie bringen die Vorakte persönlich zum Ersttermin mit. (CD / Stix können wir nicht einlesen!)

Um einen reibungslosen ärztlichen Hausbesuchsdienst leisten zu können, sind wir leider aus Kapazitätsgründen gezwungen den Einzugsbereich für Hausbesuche einzuschränken. Wir bitten Sie dieses ebenfalls zur Kenntnis zu nehmen und falls Sie außerhalb des Gebietes liegen, dieses zu unterschreiben. Die hausärztliche Betreuung in der Praxis können wir gewährleisten.

Bitte senden Sie uns die ausgefüllten Formulare zurück oder bringen Sie diese in der Praxis vorbei – gern können Sie hierzu unseren großen Briefkasten mit der Aufschrift Rezeptbox vor der Praxis benutzen, dann brauchen Sie nicht zu warten.

Wir werden uns dann bei Ihnen schnellstmöglich zur Terminvereinbarung melden.

Weiterhin finden Sie schon allgemeine Informationen zu unserer Praxis. Insbesondere über das 24-Stunden – Rezepttelefon / Überweisungen etc. sowie über die online Terminvergabe.

Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen!

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis und Medikamentenplan mit!

**Ihr Praxisteam**

|  |  |
| --- | --- |
| Dr. med. Lars Peters **Dr.med. Katrin Schiebe** (angest. Ärztin) Fachärzte für Innere Medizin /RettungsmedizinJacqueline Kallmeyer (angest. Ärztin) Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie  **Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin) Logo8 Facharzt für Allgemeinmedizin | Mödesser Weg 32 31224 PeineTel: 05171/ 60 09 Fax: 05171 / 39 95  [info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)  www.hausarzt-peine.de |

Bitte leserlich ausfüllen:

**Ihre Personalien:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | geb.am: |
| Tätigkeit: | Tel.: | Email: |
| Anschrift: | | |

**Ihre Krankenkasse/ Pflegestufe / Grad der Behinderung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gesetzlich: | Privat: |

|  |  |
| --- | --- |
| Pflegestufe: | Grad der Behinderung: |

**Vorerkrankungen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte ankreuzen: | Welche : |
| O Lunge |  |
| O Herz / Kreislauf / Blutdruck: |  |
| O Magen / Darm |  |
| O Leber / Gallenwege |  |
| O Stoffwechsel (Diabetes / Schilddrüse...) |  |
| O Nieren/ Blase |  |
| O Bluterkrankungen |  |
| O Haut |  |
| O Allergien |  |
| O Bewegungsapparat / Wirbelsäule |  |
| O Augen / Ohren |  |
| O Neurologische Erkrankungen |  |
| O sonstige Erkrankungen |  |
| O Operationen |  |

**Vorbehandelnde Ärzte:**

|  |
| --- |
| Hausarzt/ Hausärztin: |
| Facharzt/ Fachärztin: |

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

ggfs. einen zusätzlichen Zettel benutzen! Medikationsplan beilegen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikamentenname | Dosis | Morgens | Mittags | Abends |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Medikamentenallergien:**

|  |
| --- |
|  |

**Aktuelle Anamnese:**

|  |  |
| --- | --- |
| Körpergröße: cm | Körpergewicht: kg |

**Bestehen derzeit Beschwerden?**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Allgemein:** | **Herz/ Kreislauf/ Atmung:** | **Verdauung:** |
| o Appetitlosigkeit | o Schmerzen über der Brust | o Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall, Verstopfung) |
| o Ungewollter Gewichtsverlust, Kilo: | o Herzstolpern, Herzrasen |  |
| o Unklare Fieberschübe | o Geschwollene Beine | o Schwarze Stuhlfarbe |
| o Ungewohnter Nachtschweiß | o Beinschmerzen beim Gehen | o Blut im Stuhl |
| o Lymphknotenvergrößerungen | o Luftnot in Ruhe | o Sodbrennen/ Völlegefühl |
| o Schnarchen mit Tagesmüdigkeit | o Luftnot bei Belastung | o Schmerzen im Bauchraum |
|  | o Gibt es Herzinfarkte in der Familie? | o Gibt es Darmkrebs in der Familie? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nerven/ Gehirn:** | **Niere / Harnblase:** | **Bewegungsapparat:** |
| o Schwindel | o Brennen beim Wasserlassen | o Morgendliche Gelenkschmerzen |
| o Kopfschmerzen | o Vermehrtes nächtliches Wasserlassen; Häufigkeit:\_\_\_\_ | o Gelenkschwellungen |
| o Gefühlsstörungen, Lähmungen | o Blut im Urin | o Durchgemachter Gichtanfall |
| o Sprachschwierigkeiten, | o Nierenkoliken | o Belastungsabhängige Gelenkschmerzen |
| o Sehstörungen | o Erektionsstörungen | o Nächtliche Wadenkrämpfe |

**Familienvorgeschichte:**

|  |  |
| --- | --- |
| o Herzinfarkte / Schlaganfälle / Gefäßkrankheiten | o Darmkrebs |

**Vorsorge:**

|  |  |
| --- | --- |
| Letzte Darmspiegelung > Jahr: | Letztes Hautkrebsscreening > Jahr: |
| Letzter Frauenarztbesuch > Jahr : Mammographie: > Jahr | Letzte männliche Krebsvorsorge > Jahr: |

**Bei Frauen:**

|  |  |
| --- | --- |
| o Schwangerschaft seit: | o ich stille |

**Bemerkungen:**

|  |
| --- |
|  |

Ort, Datum: Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Von der Praxis auszufüllen: O aufnehmender Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Dr. med. Lars Peters **Dr.med. Katrin Schiebe** (angest. Ärztin) Fachärzte für Innere Medizin /RettungsmedizinJacqueline Kallmeyer (angest. Ärztin) Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie  **Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin) Logo8 Facharzt für Allgemeinmedizin | Mödesser Weg 32 31224 PeineTel: 05171/ 60 09 Fax: 05171 / 39 95  [info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)  www.hausarzt-peine.de |

**Praxisinformationen:**

**Herzlich Willkommen!**

Wir sind eine große internistische und allgemeinmedizinische Praxis mit zusätzlichem Schwerpunkt im kardiologischem Bereich, sowie in der Rettungsmedizin.

**Im ärztlichen Team arbeiten:**

Dr. Lars Peters Internist / Rettungsmedizin

Dr. Katrin Schiebe Internistin / Rettungsmedizin

Jaqueline Kallmeyer Internistin / Kardiologin

Kirelsi Gurak Allgemeinmedizinerin

Im **Hausbesuchsdienst** unterstützen uns zwei Medizinische Fachangestellte mit der Ausbildung zur Verah

(Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis).

Für die zügige und sorgfältige Diagnostik beinhaltet die apparative **Ausstattung der Praxis**:

* zwei Ultraschallgeräte zur Sonographie der Bauchorgane, der Schilddrüse, des Herzen und der Gefäße
* EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, sowie Langzeitblutdruckmessung
* Lungenfunktionen mit Lungenwiderstandsmessungen
* Labor und Akutlabor (Urin, Mikroskopie, Herzinfarkt-/Lungenembolie und Herzschwäche)

**Terminierung:**

Da wir eine Terminpraxis sind, bitten wir Sie, immer einen Termin telefonisch oder online mit uns zu vereinbaren.

Sie erreichen uns unter der Telefonnummer: 05171 6009

Für eine online Terminierung gehen Sie bitte auf unsere Homepage: [www.hausarzt-peine.de](http://www.hausarzt-peine.de)

**Rezept-/Überweisungsbestellungen :**

Benötigen Sie ein Rezept oder eine Überweisung:  bestellen Sie diese bitte ausschließlich rund um die Uhr unter der folgenden Telefonnummer: **05171-6009 mit der Taste 3 gelangen Sie zu Felix unserem Telefonassistenten.**

Die Rezepte sind dann nachmittags am Folgetag nach 15.00Uhr abholbereit.

**Homepage:**

Auf unserer Homepage finden Sie aktuelle Informationen. Ebenso können Sie dort auch Formulare für Ihren Arztbesuch (Gesundheitsuntersuchungen/ Impfberatung/ ...) herunterladen.

Wir bauen zur Zeit an einem neuen großzügigen Praxisgebäude, um den Aufenthalt für unsere Patienten\*innen noch angenehmer zu gestalten.

**Ihr Praxisteam**

|  |  |
| --- | --- |
| Dr. med. Lars Peters **Dr.med. Katrin Schiebe** (angest. Ärztin) Fachärzte für Innere Medizin /RettungsmedizinJacqueline Kallmeyer (angest. Ärztin) Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie  **Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin) Logo8 Facharzt für Allgemeinmedizin | Mödesser Weg 32 31224 PeineTel: 05171/ 60 09 Fax: 05171 / 39 95  [info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)  www.hausarzt-peine.de |

**Ärztlicher Hausbesuchsdienst:**

**Hausbesuche sind zur Zeit aus Kapazitätsgründen in folgenden Ortschaften nicht möglich**:

Nördlich von Stederdorf

Telgte/Vöhrum/Eixe

Berkum/Rosenthal/Schwichelt

Klein Ilsede/Groß Ilsede/Handorf/Bülten

Schmedenstedt

Südliches Stadtgebiet Peine

Die Hausärztliche Betreuung in der Praxis ist möglich.

**Ich habe dieses zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hausarztpraxis**

**Dr. med. Lars Peters, Jacqueline Kallmeyer, Kirelsi Gurak, Dr.med. Katrin Schiebe**

**Datenschutzerklärun****g**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Behandlung, Diagnostik, Therapie und Abrechnung gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das kooperierende Labor übermittelt werden.

Wir sind gemäß DSGVO verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Verarbeitung der personenbezogenen Daten unserer Patienten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zweck** | **Rechtsgrundlage** | **Kategorien und Empfänger** |
| Diagnostik, Behandlung,  Therapie, Abrechnung | Behandlungsvertrag Musterberufsordnung für Ärzte Sozialgesetzbuch V DSGVO Art. 6 DSGVO Art. 9 | Behandelnde Ärzte, Praxispersonal, Buchhaltung, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Gesundheitsbehörden, Versorgungsbehörden, Apotheken, Aaron GmbH,  Berufsgenossenschaften,  Kassenärztliche Vereinigung, Dienstleister für Privatabrechnung |

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

* Ich bin damit einverstanden, dass mir meine Befunde auf mein Verlangen hin

**per E-mail** übermittelt werden.

* Ich bin damit einverstanden, dass mir meine Befunde auf mein Verlangen hin **postalisch** zu gesandt werden.
* Ich bin damit einverstanden, dass mir Ergebnisse auf mein Verlangen hin und nach Feststellung von Namen und Geburtsdatum auch **telefonisch** mitgeteilt werden dürfen.

An folgende Angehörige / Personen dürfen nachdem deren Identität festgestellt wurde und bei Vorlage der Schweigepflichtentbindung, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

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

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

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift