



**Dr. med. Lars Peters**

**Dr.med. Katrin Schiebe** (angest. Ärztin)

Fachärzte für Innere Medizin /  
Rettungsmedizin

**Jacqueline Kallmeyer** (angest. Ärztin)

Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie

**Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin)

Facharzt für Allgemeinmedizin

Mödesser Weg 32

31224 Peine

Tel: 05171/ 60 09

Fax: 05171 / 39 95

[info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)

[www.hausarzt-peine.de](http://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 /  
Rettungsmedizin

**Jacqueline Kallmeyer** (angest. Ärztin)

Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie

**Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin)

Facharzt für Allgemeinmedizin

Mödesser Weg 32

31224 Peine

Tel: 05171/ 60 09

Fax: 05171 / 39 95

[info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)

[www.hausarzt-peine.de](http://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 :
<input type="checkbox"/> Lunge	
<input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf / Blutdruck:	
<input type="checkbox"/> Magen / Darm	
<input type="checkbox"/> Leber / Gallenwege	
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel (Diabetes / Schilddrüse...)	
<input type="checkbox"/> Nieren/ Blase	
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	
<input type="checkbox"/> Haut	
<input type="checkbox"/> Allergien	
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat / Wirbelsäule	
<input type="checkbox"/> Augen / Ohren	
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Schmerzen über der Brust	<input type="checkbox"/> Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall, Verstopfung)
<input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust, Kilo:	<input type="checkbox"/> Herzstolpern, Herzrasen	
<input type="checkbox"/> Unklare Fieberschübe	<input type="checkbox"/> Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/> Schwarze Stuhlfarbe
<input type="checkbox"/> Ungewohnter Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Beinschmerzen beim Gehen	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl
<input type="checkbox"/> Lymphknotenvergrößerungen	<input type="checkbox"/> Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Sodbrennen/ Völlegefühl
<input type="checkbox"/> Schnarchen mit Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/> Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/> Schmerzen im Bauchraum
	<input type="checkbox"/> Gibt es Herzinfarkte in der Familie?	<input type="checkbox"/> Gibt es Darmkrebs in der Familie?

Nerven/ Gehirn:	Niere / Harnblase:	Bewegungsapparat:
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Morgendliche Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Vermehrtes nächtliches Wasserlassen; Häufigkeit: _____	<input type="checkbox"/> Gelenkschwellungen
<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen, Lähmungen	<input type="checkbox"/> Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Durchgemachter Gichtanfall
<input type="checkbox"/> Sprachschwierigkeiten,	<input type="checkbox"/> Nierenkoliken	<input type="checkbox"/> Belastungsabhängige Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/> Nächtliche Wadenkrämpfe

**Familienvorgeschichte:**

<input type="checkbox"/> Herzinfarkte / Schlaganfälle / Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/> Darmkrebs
--	------------------------------------

**Vorsorge:**

Letzte Darmspiegelung > Jahr:	Letztes Hautkrebscreening > Jahr:
-------------------------------	-----------------------------------

Letzter Frauenarztbesuch > Jahr : Mammographie: > Jahr	Letzte männliche Krebsvorsorge > Jahr:
---	--

**Bei Frauen:**

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft seit:	<input type="checkbox"/> ich stille
--	-------------------------------------

**Bemerkungen:**

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

**Von der Praxis auszufüllen:  aufnehmender Arzt:**



**Dr. med. Lars Peters**

**Dr.med. Katrin Schiebe** (angest. Ärztin)  
Fachärzte für Innere Medizin /  
Rettungsmedizin

**Jacqueline Kallmeyer** (angest. Ärztin)  
Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie

**Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin)  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Mödesser Weg 32  
31224 Peine  
Tel: 05171/ 60 09  
Fax: 05171 / 39 95

[info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)  
[www.hausarzt-peine.de](http://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 /  
Rettungsmedizin

**Jacqueline Kallmeyer** (angest. Ärztin)  
Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie

**Kirelsi Gurak** (angest. Ärztin)  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Mödesser Weg 32  
31224 Peine  
Tel: 05171/ 60 09  
Fax: 05171 / 39 95

[info@hausarzt-peine.de](mailto:info@hausarzt-peine.de)  
[www.hausarzt-peine.de](http://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

### Datenschutzerklärung

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