



GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. Peter Joch

Facharzt für
Innere Medizin
Sportmedizin
Naturheilverfahren

Dr. Jürgen Meichsner

Facharzt für
Innere Medizin
Notfallmedizin
Verkehrsmedizin

Sabine Donicht

Fachärztin für
Innere Medizin
Ernährungs-
medizin

Dr. Helke Offergeld

Fachärztin für
Innere Medizin
Akupunktur

Keramikerstraße 61 · Ärztehaus · 53359 Rheinbach

Telefon 02226 2690 · Telefax 02226 907738 · www.hausarztzentrum-rheinbach.de

Neuaufnahme Patient

Name

Vorname

Titel/Namenszusatz

Straße

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Beruf

Telefon privat

Telefon geschäftlich /
Handy

E-Mail

Nächste/r Angehörige/r
(mit Tel.)

ABRECHNUNG

**Gesetzliche
Krankenkasse**

Bundeswehr/Sozialamt (EGO)

Privat (GOÄ)

Privat-Versicherung

Versicherter

Name

Beihilfe

Vorname

KVB 1 - 3

Geburtsdatum

Postbeamten B

Titel

Selbstzahler (Kostenerstattungsverfahren)

Straße

Standardtarif (GOÄ bis 1,7fach)

PLZ / Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

persönliche Empfehlung

Telefonbuch (groß, BN-Rh. Sieg)

Praxis gesehen und Interesse bekommen

Internet

Empfehlung durch andere Ärzte

Gelbe Seiten (klein, lokal)

Gelbe Seiten (groß, überregional)

Sonstiges:



MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Allergien	Keine <input type="checkbox"/>	Medikamente (z. B. Penicillin) <input type="checkbox"/>	Röntgenkontrastmittel (Jod) <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------------------------	--	---	--------------------------------------

Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Impfbuch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------	--------------------------------	----------------------------------

Chronische Krankheiten	Keine <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung <input type="checkbox"/>	Herzerkrankung <input type="checkbox"/>
		Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes m.) <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>

Dauermedikamente	Keine <input type="checkbox"/>	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht
Einnahme von					
Einnahme von					
Einnahme von					
Einnahme von					
Einnahme von					

ÄRZTE				
Bisheriger Hausarzt		Orthopäde		Gynäkologe
Urologe		Augenarzt		Sonstige

PRAXIS RECALL SYSTEM

Erlauben Sie uns, Sie künftig durch einen kurzen Brief an für Sie wichtige Termine – z. B. Privat-Check-Up / Gesundheitsvorsorgeuntersuchung – zu erinnern?

Ja (bitte durch Ihre Unterschrift bestätigen) **Entscheide ich später** **Nein**

Dieser Service soll es Ihnen erleichtern, für Ihre Gesundheit wichtige Termine wahrzunehmen. Eine Verpflichtung entsteht für Sie nicht.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten über die ärztliche Behandlung an
 • weiterbehandelnde Ärzte • Krankenhäuser • Labore weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die in den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Rheinbach, den _____ Unterschrift _____

