



Bergland Medizin

Checkliste

- Praxisregeln
- Ausgefüllter Anamnesebogen
- Ausgefüllte Datenschutzerklärung
- die wichtigsten Vorbefunde der letzten 10 Jahre (falls vorhanden)
- Medikamentenplan (falls vorhanden)
- Impfpass - in gut lesbarer Kopie!
- Versichertenkarte

Wir benötigen die oben genannten
Dokumente **vollständig**, um eine
Aufnahme für Sie zu gewährleisten.

Bei Fragen wenden Sie sich gern an uns.



Bergland Medizin

Praxisregeln

Liebe*r Patient*innen,

hier finden Sie sämtliche Informationen zu unseren Abläufen und Verhaltensregeln in unserer Arztpraxis mit der Bitte um Beachtung!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Wir wollen Ihnen schnell einen Termin anbieten und für kurze Wartezeiten sorgen. Dieses Ziel erreichen wir jedoch nur, wenn Sie uns dabei unterstützen und nachfolgende Praxis- und Verhaltensregeln einhalten.

Bitte beachten Sie, dass wir eine Sprechstunde NUR nach vorheriger Terminvergabe anbieten (sogenannte Terminsprechstunde). Termine können Sie entweder Online, per Telefon oder per E-Mail vereinbaren. Wir sind keine Notaufnahme und können Dinge nicht "mal eben schnell" oder "sofort" etc. auf Ihren Wunsch hin erledigen. In einem lebensbedrohlichen Notfall wählen Sie bitte die 112, damit keine wichtige Zeit verloren geht!

Was noch zu beachten ist:

- Akuttermine vergeben wir jeweils für den Tag nur vormittags bis 11 Uhr. Danach können wir Ihnen nicht mehr garantieren, dass Sie einen Termin am gleichen oder folgenden Tag bekommen.
- Bitte seien Sie pünktlich. Wenn Sie zu spät erscheinen, behindert dies den Praxisablauf und führt zu längeren Wartezeiten.
- Bitte bringen Sie Ihre Versichertenkarte mit!
- Wir bitten um Verständnis, wenn Patienten im Notfall vorgezogen werden.
- Leichte Verzögerungen können in einer Arztpraxis immer vorkommen.
- Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin nicht noch weitere Personen zur Behandlung mit, Begleitpersonen können selbstverständlich mitkommen.

Für Personen mit einem Infekt/Erkältung (Husten, Schnupfen, Fieber etc.) bieten wir eine Infektsprechstunde an, damit wir uns und unsere anderen Patienten schützen können. Bitte informieren Sie uns über Infektionen und/oder ansteckende Krankheiten bereits vorher, damit wir diese einplanen können.

Termine für Befundbesprechungen (Laborwerte, technische Untersuchungen, Facharztbefunde, etc.) erhalten Sie nicht automatisch. Diese werden durch unsere Ärzte befundet und können von Ihnen telefonisch abgefragt werden. Sollte sich ein ärztlicher Gesprächsbedarf unsererseits ergeben, vereinbaren wir kurzfristig mit Ihnen ein Termin.

Sollten Sie einen Termin mal nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie den Termin frühzeitig abzusagen, damit wir diesen neu vergeben können.



Bergland Medizin

Unsere Mitarbeiter*innen beherrschen das Praxismanagement und müssen Entscheidungen treffen, die im Sinne aller Beteiligten sind. Bitte bleiben Sie geduldig, auch wenn das Team nicht all Ihren Wünschen sofort nachkommen kann.

Noch einige Hinweise in eigener Sache:

- Nicht alle unsere Leistungen sind im Leistungskatalog Ihrer Krankenkasse enthalten.
- Wir bitten um Verständnis, dass wir Angebote, die die Kasse nicht bezahlt, privat in Rechnung stellen müssen. Diese Kosten werden Ihnen, wenn Sie die zusätzliche Leistung wünschen, vorab erläutert.
- Atteste und Bescheinigungen, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind, müssen wir ebenfalls privat abrechnen.
- Das Erstellen von Attesten und Reha/Renten etc. Anträge machen wir nicht "zwischendurch" und kann auch mal längere Zeit in Anspruch nehmen.
- Unser Telefonassistent „Bruno“ ist weder ein Anrufbeantworter noch eine Maschine. Er unterstützt uns dabei Anrufe zu sortieren und Ihre Anliegen besser einzuschätzen.

Wenn wir aufgrund einer medizinischen Indikation für Sie zeitnah ein Termin organisieren, so machen wir das, weil dieses dringend indiziert ist. Einen Termin auf "Zuruf" von Ihnen gefährdet das Vertrauen unserer Kollegen und sorgt dafür, dass wir keine akuten Termine bei Fachärzten bekommen.

Wir arbeiten zum Wohl unserer Patienten. Dafür halten wir uns mit Fortbildungen in unserer „Freizeit“ auf dem aktuellen Stand. Das machen wir gerne und bitten Sie um Unterstützung und den nötigen Respekt gegenüber unserer Arbeit.

Freundlichkeit und ein angemessener Umgangston sollten auch in schwierigen Momenten selbstverständlich sein!

Bitte verzichten Sie darauf in unseren Räumen mit dem Smartphone zu telefonieren.

Mit diesen Praxisregeln wollen wir Ihren Bedürfnissen als Patient*innen noch besser gerecht werden.

Die Basis dafür sind Freundlichkeit und ein respektvoller Umgang miteinander.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit!

Team Bergland Medizin



Bergland Medizin

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und wir uns so schnell wie möglich Ihren Beschwerden und Wünschen widmen können. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden und Ihre Aufnahme schnell und fehlerfrei durchführen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen. Bitte beantworten Sie die Fragen komplett und gewissenhaft. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Angaben zu Ihrer Person:			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Größe in cm		Gewicht in kg	
Familienstand		Anzahl der Kinder	
Adresse			
Beruf			
Kontaktdaten	Privat		
	Geschäftlich		
	Mobil		
	E-Mail		
Notfallkontakt	Name		
	Telefon		
Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge pro Tag:		<input type="checkbox"/> nicht mehr, seit:
Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge & wie oft:		
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse, Name der Kasse:		
	<input type="checkbox"/> Private Krankenkasse, Name der Kasse:		
Versichert als	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstiges:		
Mitbehandelnde Ärzte			Fachrichtung:
			Fachrichtung:
			Fachrichtung:
Teilnahme an DMP Programm?	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Chron. obstrukt. Lungenerkrankung (COPD) <input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit / Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Keines		



Bergland Medizin

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Gesundheits-Check: <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre her <input type="checkbox"/> unbekannt	Krebsvorsorge Mann/Frau: <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre her <input type="checkbox"/> unbekannt
Hautkrebscreening: <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre her <input type="checkbox"/> unbekannt	Darmspiegelung: <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre her <input type="checkbox"/> unbekannt
Stuhluntersuchung (IFOB-Test): <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre her <input type="checkbox"/> unbekannt	Screening auf Bauchaortenaneurysma: <input type="checkbox"/> in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre her <input type="checkbox"/> unbekannt

Bekannte Vorerkrankungen:

<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis (COPD)	
<input type="checkbox"/> Andere Lungenerkrankungen	Welche?:
<input type="checkbox"/> Gallenblasenstein(e)	
<input type="checkbox"/> Nierenstein(e)	
<input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung	
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Rückenleiden	Welche?:
<input type="checkbox"/> Venenleiden	Welche?:
<input type="checkbox"/> Gemütsleiden (z.B. Depression)	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Migräne	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Parkinson)	Welche?:
<input type="checkbox"/> pAVK (arterielle Durchblutungsstörung)	
<input type="checkbox"/> Blutfettwerterhöhung	
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Gicht (erhöhte Harnsäure)	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I	Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II	Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Bergland Medizin

<input type="checkbox"/> Rheuma/Gelenkerkrankungen	Welche?:
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	
<input type="checkbox"/> Sonstige Schilddrüsenerkrankungen	Welche?:
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche)	Welche?:
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	
<input type="checkbox"/> Hirnschlag/Schlaganfall	
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung/-gerinnungsstörung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Krebs-/Tumorerkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	Wann?:
<input type="checkbox"/> Thrombose	Wann?:
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Wesentliche Operationen	Welche?: Wann?: Wo?:
	Welche?: Wann?: Wo?:
	Welche?: Wann?: Wo?:

Familienanamnese

Wenn folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt sind, kreuzen Sie bitte den entsprechenden Familiengrad an und schreiben Sie die genaue Krankheit darunter.

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Diabetes				
Schlaganfall				
Tumorerkrankungen				
Atemwegserkrankungen				
Autoimmunerkrankungen				



Bergland Medizin

Medikamente

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente/Salben/Sprays (vollständiger Name inkl. Hersteller und Dosis, die Sie regelmäßig einnehmen. Egal ob diese verordnet wurden oder freiverkäuflich sind, wie z.B. Vitaminpräparate

Medikament Vollständiger Name, Wirkstoff, ggf. Herstellerfirma	Dosierung / Wirkstoffmenge (z.B. mg, ml, µg)	morgens	mittags	abends	nachts
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Wenn Sie einen ausgedruckten und aktuellen Medikamentenplan haben, zeigen Sie diesen bitte vor.

Impfungen

Wurden Sie regelmäßig gegen Grippe geimpft?* Ja Nein

Gab es bisher eine Impfkomplikation?* Ja Nein Wenn ja, welche?

Sonstige Angaben

Haben Sie einen Organspendeausweis oder sind Organspenderin? Ja Nein

Wurde bei Ihnen jemals ein Hepatitis B/C Screening durchgeführt? Ja Nein Unbekannt

**Bitte denken Sie an Ihren Impfpass / Ihre Impfässe
und bringen Sie diese(n) mit!**



Einwilligungserklärung

zur Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Einholung von Patientendaten

Angaben zu Ihrer Person:

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße & Hausnr.			
PLZ & Wohnort			
Krankenkasse		Versichertennummer	

1. Speicherung, Übermittlung und Einholung von Patienten*innendaten

Sehr geehrte Patient*in,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen. Hierfür benötigen wir unter anderem ihr Einverständnis für das Speichern ihrer persönlichen Daten.

Mit der Auswahl einer der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie unserer Praxis

Bergland Medizin, Hauptstraße 62-64, 35716 Dietzhölztal

die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzt*innen oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen:



Bergland Medizin

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung(en) Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne(n) Angehörige(n) oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität (mittels Personalausweises) festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen:	Umfang
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Patientenservice (RECALL)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine o. ä. (z. B. Vorsorgeuntersuchungen). Wir melden uns dann schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (unverschlüsselt als Standard, verschlüsselt via S/MIME, wenn Sie es wünschen), SMS (unverschlüsselt) oder andere neue Kommunikationswege (unverschlüsselt, verschlüsselt wenn möglich). Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.
- Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.



Bergland Medizin

4. Unverschlüsselte E-Mail - Kommunikation

Die Verwendung unverschlüsselter E-Mails birgt Risiken wie mangelnde Vertraulichkeit, das Risiko des Datenverlusts und die mögliche Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Abfangen von Daten.

Obwohl wir technische und organisatorische Maßnahmen treffen (z. B. Transportverschlüsselung oder auf Wunsch verschlüsselte Kommunikation via S/MIME), können nicht alle Risiken ausgeschlossen werden. Auch bei der Nutzung unseres digitalen Telefonassistenten und KI-gestützter Dienste ist es wichtig zu wissen, dass trotz aller Sicherheitsvorkehrungen eine vollständige Sicherheit der Daten nicht garantiert werden kann.

Wir empfehlen daher, sensible Informationen möglichst nur über sichere, verschlüsselte Kanäle zu übermitteln und bei Unsicherheiten Rücksprache mit unserem Datenschutzbeauftragten zu halten.

Die unverschlüsselte Kommunikation ist freiwillig, es entstehen im Rahmen der Behandlung keine Nachteile. Ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden wir dann über andere Kommunikationswege mit Ihnen kommunizieren.

Ich stimme zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und deren Mitarbeiter*innen mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen, einschließlich der Übermittlung meiner Laborergebnisse und Gesundheitsinformationen.

Nein, ich stimme nicht zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und deren Mitarbeiter*innen mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen. Mir ist bewusst, dass dann aber keine Kommunikation mittels E-Mail mehr erfolgt.

5. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten*in bzw. der gesetzliche Vertreter*in