

Dr. Limberg Internist - Diabetologie - Kardiologie -Vorsorgemedizin

Liebe Patientinnen und Patienten, wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Zur Aufnahme in die Praxiskartei bitten wir Sie, uns kurz einige Fragen zu beantworten:

Name: _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____ Fax. _____ e-mail _____

Handy- No _____ Hausarzt _____

Allergien gegen Jod Penicillin Andere Medikamente

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten ?

Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
(auch „Altersdiabetes“)

Darmkrebs sonst. Krebs seelische Erkrankungen

Ihr Gewicht: _____ Ihre Körpergröße _____ Raucher Ex-Raucher Nichtraucher

Wegen welchen Beschwerden bzw. welcher Krankheit kommen Sie in unsere Praxis ?

.....

Wünschen Sie unverbindlich Informationen über wichtige und sinnvolle medizinische Leistungen, die nicht von den gesetzlichen Kassen bezahlt werden?

ja nein

Welche Medikamente werden von Ihnen regelmäßig eingenommen (Dauermedikamente) ?

Medikamentenname: Stärke: morgens: mittags: abends: Bemerkungen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Insulin am Tag Name _____ Menge _____

zur Nacht Name _____ Menge _____

Wichtiger Hinweis zum Datenschutz

Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben. Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen werden auf Anfrage Ihre Daten an **Ihre überweisenden Ärzte oder an Ihre Krankenkasse** übermittelt. Bei Privat-Patienten und Selbstzahlern erfolgt die Rechnungsstellung über die **privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest (PVS)**. Auch dort sind die Mitarbeiter hinsichtlich der übermittelten Daten im Datenschutzgesetz verpflichtet. Bei Patienten mit speziellen Vorsorgeuntersuchungen (VitaBilanz-Check) werden die Untersuchungs-Daten anonym (ohne persönliche Daten) in einem Datenspeicher außerhalb der Praxis gelagert.

Die mögliche Weitergabe Ihrer Daten beschränkt sich auf diese Einrichtungen und bedarf Ihrer Einwilligung. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Mit der möglichen Weitergabe der Daten nur an die oben genannten Einrichtungen bin ich einverstanden:

Datum _____ Unterschrift _____

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Dr. Günther Limberg und Mitarbeiterinnen