

personalienfeldaufkleber



Praxis
Sibylle Schaller
Hautärztin-Allergologie
Saarner Str. 419
45478 Mülheim

Sehr geehrte Patientin/sehr geehrter Patient,
zur optimalen Beratung und Versorgung benötigen wir einige Informationen über Ihren Gesundheitszustand.
Wir möchten Sie daher bitten, **alle** aufgeführten Fragen auf beiden Seiten sorgfältig zu beantworten.
Selbstverständlich werden all Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Hautarztpraxis Schaller

Beruf bzw. aktuelle Tätigkeit:

Telefon: privat:

Tagsüber zur erreichen:

Handy:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja nein

Falls Sie darüber eine schriftliche Liste haben, würden wir diese gern kopieren. Falls Sie keine Liste haben: bitte notieren Sie hier Ihre Medikamente:

Leiden Sie unter Allergien?

Heuschnupfen: ja nein weiß nicht
Hausstaubmilbenallergie: ja nein weiß nicht
Allergisches Asthma bronchiale: ja nein weiß nicht

Leiden Sie oder litten Sie jemals in Ihrem Leben an Neurodermitis /Ekzemen? ja nein weiß nicht

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? (z.B. Diabetes; Rheuma; Epilepsie, COPD)

Ist bei Ihnen schon mal eine Krebserkrankung aufgetreten? Wenn ja : in welchem Jahr?

Wenn ja: Um was für eine Krebserkrankung handelt es sich?

Hautreinigung/ Hautpflege

Wie häufig duschen/baden Sie?

Wie lange duschen/baden Sie?

Wie ist die Temperatur dabei? Kalt „mittelwarm“ gern heißer

Was benutzen Sie zur Reinigung der Haut: (Seife, Syndet, Duschgel, nur Wasser?)

Benutzen Sie Körperlotionen zur Pflege Ihrer **gesamten** Haut? ja nein

Falls ja, wie häufig cremen Sie Ihre Haut mit einer Körperlotion ein? Täglich Ab und an Sehr selten

Impfungen:

Besitzen Sie noch einen Impfausweis? ja nein weiß nicht
Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung gewesen? Jahr:.....

Falls Sie über 60 Jahre alt sind:

Sind Sie gegen Lungenentzündung(Pneumokokken) geimpft? ja nein weiß nicht

Falls Sie über 50 Jahre alt sind:

Wurde bei Ihnen schon mal eine Darmspiegelung durchgeführt?

ja

nein

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Neurodermitis

ja

nein

weiß nicht

Heuschnupfen oder allergisches Asthma :

Schuppenflechte (Psoriasis) :

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bitte zutreffendes ankreuzen. (Die Mehrfachnennung von Gründen ist möglich.)

- Über Ihren Hausarzt/ anderen Facharzt
- Auf Empfehlung von Familienangehörigen oder Bekannten
- Übers Ärztehaus
- Übers Internet / über unsere Website
- Übers Telefonbuch
- Sonstiges:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Unsere Praxis wird als reine Terminpraxis betrieben.

Zunehmend müssen wir leider feststellen, dass vereinbarte Termine von einigen Patienten nicht abgesagt werden! Tendenz steigend. Um dies zu vermeiden, erinnern wir Sie auch gern an Ihren Termin, sofern Sie eine E-Mail Adresse haben und dieser Erinnerung (Recall) an den von Ihnen vereinbarten Termin in der Datenschutzerklärung zugestimmt haben.

Ein nicht abgesagter Termin bedeutet für uns einen wirtschaftlichen Schaden. Auch für alle anderen Patienten ist dies indirekt sehr ärgerlich, weil diese dadurch noch länger auf einen Termin warten müssen!

Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie, den Termin **so rechtzeitig wie möglich abzusagen! Gern nehmen wir Ihre Terminabsage auch noch am gleichen Tag entgegen.** Dies gilt für **alle** Terminarten, einschließlich des „ Wartetermin akut“.

Folgende Möglichkeiten haben Sie, um einen Termin abzusagen:

- ✓ Persönlich, telefonisch, per Fax
- ✓ Per E-Mail : team@hautarztpraxis-muelheim.de
- ✓ Sie können Ihre Terminabsage auch auf unseren Anrufbeantworter sprechen, **der rund um die Uhr** Ihren Anruf annimmt.

Ansonsten muss ich Ihnen den dadurch entstandenen Schaden gemäß § 615 des BGB privat in Rechnung stellen, sofern Sie nicht nachweisen können, dass Sie aus nicht zu vertretenden Gründen den Termin nicht wahrnehmen konnten. (Z.B. plötzlicher Krankenhausaufenthalt). Die Höhe der Vergütung beträgt 18,89 €.

Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie mit dieser Vorgehensweise einverstanden sind oder nicht:

- Ja**, ich bin mit obiger Regelung einverstanden.
- Nein**, ich bin mit obiger Regelung nicht einverstanden.

Mülheim, den

.....

.....

FBA

Name in Druckschrift

Unterschrift