

Anamnesebogen für

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____

Liebe Patientin, lieber Patient die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit sorgfältigen Angaben dazu bei. Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team im MVZ Hausärzte Ruhr

Kommunikationsdaten:	
Mobiltelefon	:
Festnetztelefon	:
E-Mail	:
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Kontaktaufnahme zur Rücksprache und Informationsaustausch über o.g. Wege einverstanden. <input type="checkbox"/> Ich möchte per Mail an sich wiederholende Termine von der Praxis erinnert werden, wie z.B. Impfungen, Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen und stimme damit dem sogenannten Recall-System zu.	
Die Kommunikation per Mail und Telefax erfolgt unverschlüsselt. Es erfolgt keine Versendung von Gesundheitsdaten.	
Teilen Sie uns Änderungen bitte schnellstmöglich mit.	
Anforderung von Unterlagen:	
<input type="checkbox"/> Es dürften Unterlagen bei folgenden Ärzten angefordert werden (z.B. Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen, andere Dokumente zum Gesundheitszustand). Zu diesem Zwecke entbinde ich das MVZ von der ärztlichen Schweigepflicht.	
.....	
.....	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
<input type="checkbox"/> durch die Familie / Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> durch Empfehlung eines anderen Arztes <input type="checkbox"/> durch das Internet <input type="checkbox"/> durch das Außenschild <input type="checkbox"/> durch Folgendes:	
Allgemeine Anamnese:	
Beruf	:
Pflegegrad	:
GdB/Merkzeichen	:
Körperliche Parameter:	
Größe (cm)	:
Gewicht (kg)	:
Bei Frauen: Schwangerschaften?	
<input type="checkbox"/> zurückliegend	Anzahl Schwangerschaften : Anzahl Geburten :
<input type="checkbox"/> bestehend	Schwangerschaftswoche : Erw. Entbindungstermin :

Genussmittel:
<input type="checkbox"/> Rauchen (Art, Menge/Tag) :
<input type="checkbox"/> Alkohol (Art, Menge/Tag) :
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Angabe bitte mit Dosierung)
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?
<input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung (KHK) <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin <input type="checkbox"/> Anderes/Erläuterung:
Sind Sie schon operiert worden?
<input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Gefäße <input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Blinddarm <input type="checkbox"/> Magen/Darm <input type="checkbox"/> Mandeln <input type="checkbox"/> Anderes/Erläuterung:
Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Folgende:
Sind Sie Träger von (Gelenk-)implantaten oder haben Sie einen Herzschrittmacher?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Folgende:
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme eventuell erteilter Zustimmungen. Mir ist bekannt, dass ich die erklärten Zustimmungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen (siehe Aushang).
Datum _____
Unterschrift Patient oder Rechtsvertreter (Art der Beziehung) _____

Entbindung von der Schweigepflicht / Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen

Hiermit erkläre ich,

 Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

 Adresse

gegenüber: 1.

 Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

 Adresse

2.

 Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

 Adresse

3.

 Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

 Adresse

4.

 Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

 Adresse

- die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus.

--	--	--	--

Vierstelliger, geheimer Zahlencode zur Identifizierung für telefonische Auskunft

- die Bevollmächtigung zur Abholung folgender Dokumente (bitte ankreuzen)
- Rezepte
 - Überweisungsscheine
 - Befunde
 - Sonstiges

Der/die Bevollmächtigte muss sich mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder
 Rechtsvertreter (Art der Beziehung)

Wichtige Informationen Ihres MVZ Hausärzte Ruhr

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir informieren Sie im Folgenden über bestehende Regelungen im MVZ Hausärzte Ruhr zur Serviceverbesserung:

Terminsprechstunde

Zur Verkürzung der Wartezeiten und Optimierung der Betriebsabläufe führen wir generell eine **Terminsprechstunde** nach vorheriger telefonischer, persönlicher oder über unsere Internetseite vorgenommener Anmeldung durch. Erforderliche Notfallbehandlungen werden selbstverständlich jederzeit durchgeführt. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich geringe Wartezeiten auch in der Terminsprechstunde nicht immer vermeiden lassen. Falls Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung.

Öffnungszeiten

Mitarbeiter des MVZ Hausärzte Ruhr sind wie folgt für Sie da:

In Mülheim-Styrum:

Montags:	07.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Dienstags:	07.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Mittwochs:	07.00 Uhr bis 14.00 Uhr
Donnerstags:	07.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Freitags:	07.00 Uhr bis 14.00 Uhr

In Mülheim-Heißen:

Montags:	08.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Dienstags:	08.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Mittwochs:	08.00 Uhr bis 13.00 Uhr
Donnerstags:	08.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Freitags:	08.00 Uhr bis 13.00 Uhr

In Oberhausen-Mitte:

Montags:	08.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Dienstags:	08.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Mittwochs:	08.00 Uhr bis 13.00 Uhr
Donnerstags:	08.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Freitags:	08.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Außerhalb dieser Zeiten erhalten Sie Informationen zu Ihrer medizinischen Versorgung auf unserer **Internetseite** und unserem **Anrufbeantworter**.

Rezept- und Überweisungsbestellung

Bitte nutzen Sie zur Rezept- und Überweisungsbestellung einen folgenden Möglichkeiten:

- Unseren bewährten **Serviceanrufbeantworter** unter der jeweiligen Rufnummer
0208 30 96 96 10 (für **Mülheim-Styrum**)
0208 30 96 96 20 (für **Mülheim-Heißen**)
0208 30 96 96 30 (für **Oberhausen-Mitte**)
Sie sprechen Ihre Wünsche auf und können die gewünschten Formulare bei einer an einem Werktag bis 12.00 Uhr aufgegebenen Bestellung am dann folgenden Arbeitstag in der Praxis ohne ansonsten unvermeidbare Wartezeiten abholen.
- Per E-Mail über
MH-heissen@hausarztte.ruhr (für **Mülheim-Styrum**)
MH-heissen@hausarztte.ruhr (für **Mülheim-Heißen**)
OB-Mitte@hausarztte.ruhr (für **Oberhausen-Mitte**)
- über das Feld "**Anfragen**" auf unserer Internetseite www.hausaerzte.ruhr. Hier stehen darüber hinaus **aktuelle und weiterführende Informationen** zu Ihrer Verfügung.

Sie helfen uns bei Nutzung dieser Möglichkeiten, den Sprechstundenbetrieb und das Arztgespräch von Störungen zu entlasten.

Hausbesuche

Wir führen **Hausbesuche** durch. Außerplanmäßig müssen diese bitte bis spätestens 11.00 Uhr des gewünschten Tages angemeldet werden.

Hausarztzentrierte Versorgung

Wir nehmen an der **Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** teil. Sie unterstützen unsere Leistungsfähigkeit für Sie durch Teilnahme an dieser außerbudgetären Versorgungsform. Für weitere Informationen wenden Sie sich gerne an uns.

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team im MVZ Hausärzte Ruhr