

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE
Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN
Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

<https://schlippert.de>

E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig.
Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie
auszuwählen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht.

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d
Anschrift	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Tel. Mobil	<input type="text"/>	Tel. privat	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

Weswegen kommen Sie? wegen

z.B. Wo haben Sie Schmerzen? Wie stark sind die Schmerzen auf einer VAS 0-10?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Strahlen die Beschwerden in nein ich weiß nicht ja, wohin

Wie ist der Verlauf der stärker werdend gleichbleibend schwächer werdend
Beschwerden?

Seit wann haben Sie die Beschwerden bzw. Schmerzen?

Seit mehr als 1 Tag bis 1 Woche Seit 1 Woche bis 3 Wochen Seit mehr als 3 Monaten
 Seit 1 bis 3 Monaten Seit mehr als 6 Monaten Seit weniger als 24 Stunden

Bei wem waren Sie mit den Beschwerden schon vorstellig?

beim Hausarzt Orthopäden / Unfallchirurgen**

Krankenhaus** Chiropraktor Physiotherapeuten Heilpraktiker Osteopathen

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig erwerbsunfähig arbeitssuchend Seit wann?

Die nächsten zwei Fragen sind nur für Frauen

Sind Sie schwanger? nein ja Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie in der Menopause? nein ja Wenn ja, seit wann?

Wurden wegen den Beschwerden schon Untersuchungen durchgeführt?

Wenn ja, wann, was und wo? **

Röntgen, MRT etc? ** Welches Gelenk, WS? Wann? Von wem?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laboruntersuchungen** ect.? nein ja

**** wichtig - bringen sie alle schriftlichen Befundberichte mit zur Sprechstunde!!**

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE
Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN
Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26 Telefon 0531 43911
38100 Braunschweig FAX 0531 124687

<https://schlippert.de> E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie versucht sich selbst zu helfen, mit was und welchen Erfolg? nein ja

Hatten Sie wegen Ihren Beschwerden schon eine Operation, Krankengymnastik, Akupunktur etc.
Wenn ja, mit welchem Erfolg?

Haben Sie Schmerzmittel eingenommen? nein ja. mit welchem Erfolg?

eingenommene Schmerzmittel	Mit welchem Erfolg	Schmerzmittel wurde wegen Nebenwirkung abgesetzt
----------------------------	--------------------	--

Was sind die Erwartungen an den Besuch? Mehrfachnennung sind möglich

Was sind Ihre Befürchtungen?

--

Möchten Sie uns noch etwas bezgl. Ihrer Beschwerden mitteilen?

--

Körpermaße: Wie groß sind Sie? Wie viel wiegen Sie?

Fragen zu Ihrem Soziales Umfeld + Genussmittelgebrauch

Beruf erlernt Beruf derzeit ausgeübt

Welcher Beschäftigung gehen Sie nach?

Liegt eine Erwerbsminderung vor? nein ja

Liegt ein Grad der Behinderung vor? nein ja, welcher Grad?

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE
Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN
Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

<https://schlippert.de>

E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Familienstand

Kinder ja nein

Mit wem leben Sie zusammen?

Wo wohnen Sie?

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitigen körperlichen Aktivitätsgrad?

niedrig („Couch-Potato“) mittel hoch

Welchen Sport treiben Sie?

wenn ja, wie oft?

Rauchen Sie? nein nicht mehr ja Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinken Sie Alkohol? keinen selten 2x wö 3-5x wö täglich

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Infektionen?
wenn ja, welche? bitte eintragen:**

nein ja Herzkrankungen

nein ja Kreislauf- /Gefäßerkrankungen

nein ja Lungenerkrankungen

nein ja Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung

nein ja Krebserkrankungen

nein ja Psychische, neurologische Erkrankungen

nein ja Magen- /Darmerkrankungen

nein ja Stoffwechselerkrankungen

nein ja Erkrankungen der Leber oder Gallenwege

nein ja Nieren- /Harnwegserkrankungen

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE

Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN

Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

<https://schlippert.de>

E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

nein ja Infektion mit HIV

nein ja Tuberkulose

nein ja Hepatitis, wenn ja, welche? Hepatitis A bis G?

nein ja sonstige Infektionskrankheiten. wenn ja, welche?

nein ja Organtransplantation? Herz, Lunge, Niere?

nein ja Hauterkrankungen

nein ja Augenerkrankungen

nein ja **Erkrankungen der Knochen, Muskeln oder des Bindegewebes**

Gicht Osteoporose Rheuma Hüftdysplasie Muskeldystrophie

vermehrte Knochenbrüche Arthrose Bandscheibenvorfall Fibromyalgie

bitte um detaillierte Angaben aller Ihrer orthopädischen Erkrankungen

Haben Sie Gelenkprothesen? In welchem Jahr und in welchem Krankenhaus fand die OP statt?

Hatten Sie orthopädische Operationen? nein ja Wenn ja, seit wann?

Sind Sie zurzeit in regelmäßiger Behandlung?

bei Ärzten, wenn ja welche Fachrichtung + Arztname

Psychotherapeuten, weshalb?

bei Osteopathen bei Chiropraktoren bei Heilpraktiker bei Physiotherapeut / Krankengymnasten

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE

Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN

Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

E-Mail praxis@schlippert.de

<https://schlippert.de>

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? nein ja - wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente / Blutverdünner regelmäßig ein? nein ja - wenn ja, welche?

(z.B. Pille, Aspirin, ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Clopidogrel):

Haben Sie Ihren Medikamentenplan beigelegt? nein ja

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | | |

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Mitbehandlung anfordern sowie an andere Ärzte und Leistungserbringer zum Zwecke der Mitbehandlung weitergeben darf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per E-Mail oder Brief an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DGSVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DGSVO).

--	--	--

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE

Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN

Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

<https://schlippert.de>

E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Benachrichtigungsservice

Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne möchten wir Sie über unsere Benachrichtigungsfunktion in der Praxis informieren
und Ihr Einverständnis für diese Art der Kommunikation einholen.

Um wichtige Mitteilungen wie beispielsweise Terminerinnerungen oder Laborergebnisse schneller und
sicherer an Sie weitergeben zu können, haben wir eine SMS- und E-Mail-Funktion installiert.

Damit können wir Ihnen kurze Informationen sicher und schnell auf Ihr Handy oder an Ihre E-Mail-Adresse
schicken. Sein Sie mit dieser Form der Datenübermittlung einverstanden?
Über welches Medium wollen Sie kontaktiert werden?

Gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass es von Vorteil ist,
wenn sie uns alle Kommunikationswege gestatten.

Ich bin einverstanden mit der Datenübermittlung per

SMS E-Mail Telefon per Brief

--	--	--

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE

Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN

Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

<https://schlippert.de>

E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Einverständnis Anforderung & Übermittlung von Patientendaten

Nach § 73 Abs. 1 b SGB V inkl. Berechtigung Dritter

Liebe Patientin, lieber Patient,

die folgenden Einwilligungen vereinfachen die Kommunikation zwischen Ihren Ärzten/Leistungserbringern. Sie können diese Erklärungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte der Praxisgemeinschaft Schlippert meine Behandlungsdaten und Befunde im erforderlichen Fall an meinen Hausarzt übermittelt?

ja nein

Ich damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte der Praxisgemeinschaft Schlippert bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der von meinen behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt?

Ja, bei meinem Hausarzt und allen mitbehandelnden Ärzten / Leistungserbringern

Ja, nur bei meinem Hausarzt

Ja, aber nur bei den folgenden Ärzten / Leistungserbringern (bitte Namen und ggf. Anschrift angeben)

Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? (bitte Namen und ggf. Anschrift angeben)

Berechtigung Dritter

Möchten Sie einzelne Angehörige oder sonstige Personen benennen, an die Ihr Arzt nach Überprüfung der Identität Informationen über Ihre Behandlung herausgeben darf?

ja nein

Welche Personen sind berechtigt, alle Ihre Behandlungsdaten zu erhalten?

Welche Personen sind berechtigt, nur Rezepte, Verordnungen und Überweisungen zu erhalten?

--	--	--

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE

Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN

Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26
38100 Braunschweig

Telefon 0531 43911
FAX 0531 124687

Gesundheitsfragebogen

<https://schlippert.de>

E-Mail praxis@schlippert.de

Patienteninformation über die EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diesen Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Schutz Ihrer Daten haben.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt im Rahmen Ihrer Behandlung. Die Datenverarbeitung in unserer Praxis erfolgt gemäß gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte im Rahmen Ihrer Behandlung erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Form von Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung und dient stets Ihrem Wohl. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Der Austausch Ihrer Daten zwischen unserer Praxis und Fachärzten, Krankenhäusern, Therapeuten, Logopäden, Sanitätshäusern, Krankenkassen, Versorgungsämtern, Apotheken, (Senioren)heimen und dem medizinischen Dienst dient auch in Zukunft nur der optimalen ärztlichen Versorgung.

Ihre personenbezogenen Daten übermitteln wir nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Labore, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Ihre personenbezogenen Daten bewahren wir nur so lange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung notwendig ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bitte wenden Sie sich hierzu an unser Personal.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Ihr Einverständnis ist nur in Ausnahmefällen nötig. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen dazu haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ich habe diese Patienteninformationen über die EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO zur Kenntnis genommen.

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift