



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie folgenden strukturierten Fragebogen vor Ihrer ersten Vorstellung in unserem MVZ aus. Hiermit wollen wir erreichen, dass wir möglichst viele Faktoren, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen können, erfassen und Sie so zu Ihrem besten Wohl betreuen können. Sie können sich unseren Fragebogen im Internet herunterladen und bereits zu Hause in Ruhe ausfüllen oder dies bei Ihrem Erstbesuch im Wartezimmer tun. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse (Str., Hausnr., Ort) .....

Telefonnummer .....

Handynummer .....

E-Mail-Adresse (wichtig für die Terminerinnerung!) .....

Hausarzt .....

Überweisender Arzt .....

**Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? In welcher Dosierung?**

Name	Stärke oder Dosierung (mg/µg)	Früh-Mittags-Abends

**Sind Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente bekannt? Ja  Nein**   
**Wenn ja, gegen welche?**

Medikament	Beschreibung der Unverträglichkeit
.....	.....

**Welche anderen relevanten Krankheiten sind bei Ihnen bekannt? Welche relevanten Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Welche relevanten Unfälle hatten Sie?**

- 1 ..... Zeitpunkt/seit wann? .....
- 2 ..... Zeitpunkt/seit wann? .....

**Bitte wenden!!**



Wurde bereits eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie durchgeführt?

CT [ ] MRT [ ] Körperregion: ..... Zeitpunkt: .....
CT [ ] MRT [ ] Körperregion: ..... Zeitpunkt: .....

Bei welchen anderen Ärzten waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden in Behandlung?

.....
.....

Anamnese:

Bluthochdruck Ja [ ] Nein [ ]
Zuckerkrankheit Ja [ ] Nein [ ]
Schlaganfall Ja [ ] Nein [ ]
Leber- / Nieren- / Schilddrüsenerkrankungen Ja [ ] Nein [ ]
Tumorerkrankungen ggf. familiär Ja [ ] Nein [ ]
Rauchen Sie? Ja [ ] Nein [ ]

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....
.....

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Ja [ ] Nein [ ]
Haben Sie Kinder? Ja [ ] Nein [ ]
Sind Sie verheiratet? Ja [ ] Nein [ ]
Leben Sie in Ihrer Familie? Ja [ ] Nein [ ]
Leben Sie in einer Einrichtung? Ja [ ] Nein [ ]

Wenn ja, wie viel?

Wenn ja, in welchem Alter:

Seit wann?

.....

Wurde in den letzten Wochen bei Ihnen eine Blutuntersuchung durchgeführt?

Ja [ ] Nein [ ]

wenn ja: Wann und wo?

.....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?

Ja [ ] Nein [ ]

wenn ja: Wann und

wo?.....

### Kennntnisnahme zum Annahmeverzug

Liebe/r/s Patient:innen,

Die MVZ's der Kliniken Mühldorf möchten Ihnen schnell und professionell zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen der letzten Wochen haben uns gezeigt, dass Patienten die dringend einen Termin brauchen keinen bekommen können da unsere Sprechstunden überfüllt sind. Umso ärgerlicher ist es das belegte Termine, OHNE Absage, nicht wahrgenommen werden. Um Ihnen den bestmöglichen Service bieten zu können, müssen wir dem Einhalt gebieten. Jetzt hat uns das Gericht in folgendem Urteil (vom Landgericht Berlin 15.04.2005, Az. 55 S 310/04 gemäß § 293 ff. BGB gesetzliche Regelungen zum Annahmeverzug) ein Werkzeug an die Hand gegeben um dagegen vorzugehen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

**Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls wird Ihnen unabhängig von einer Begründung des kurzfristigen Ausfalls gemäß § 293 ff. BGB (gesetzliche Regelungen zum Annahmeverzug) eine Ausfallpauschale in Höhe von 50,00 Euro privat in Rechnung gestellt. Entsprechendes gilt für vereinbarte, aber nicht abgesagte Termine, die nicht eingehalten werden. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Vereinbarungen an und erklären sich mit dieser einverstanden.**

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

**Bitte Wenden!**



MVZ gGmbH  
Krankenhausstraße 1a  
84453 Mühldorf a. Inn

Krankenhausstraße 1a  
84453 Mühldorf a. Inn  
Tel.: 08631 / 16 61 20  
Fax.: 08631 / 16 61 269

E-Mail: [info@facharzt-mvz-muehldorf.de](mailto:info@facharzt-mvz-muehldorf.de)

### **Unbedingt auszufüllen!**

#### **Datenübermittlung an weitere Ärzte**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Ich, \_\_\_\_\_ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: \_\_\_\_\_ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die unten angegebenen Ärzte zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Kontaktdaten der Ärzte (Name und Anschrift)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die bei meinem behandelnden Arzt (s. oben) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Praxis, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des behandelten Arztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per E-Mail erhalte.

Ja  Nein

Die Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)