

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Jörn Griesemann & Jürgen J. Lund
Tel:04401-71716, Fax: 04401-7057809

Name, Vorname _____

Adresse: _____

Beruf:

Telefon Nr:

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten

Ja

Nein

seit wann

Krebserkrankung Wenn Ja welche?

Hepatitis A,B, C oder HIV

Haben Sie eine Zuzahlungsbefreiung

**Nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente wie
z.B. Marcumar, ASS, Xarelto oder Pradaxa, ein.**

Welches???

Haben Sie einen Röntgenpass?

Bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft

Leiden Sie an sonstige Erkrankungen die oben nicht aufgeführt sind?

Größe

GEWICHT

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

oder

Nein

Wenn ja, welche???

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt? Wenn ja in welcher Praxis und an welcher Körperstelle?

Wurde bei Ihnen bereits eine Knochendichtemessung mittels DXA Gerät durchgeführt? Ja Nein

Wann?

Wo?

Nehmen Sie: Osteoporosemedikamente?

Nein

Ja seit?

Nehmen Sie Calcium oder Vitamin D?

Nein

Ja seit?

Risikotest- Osteoporose

Vorgeschichte

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Ich hatte mehrere Frakturen in den letzten 10 Jahren | --- Ja** --- Nein |
| 2. Ich hatte einen Knochenbruch nach dem 50. Lebensjahr | --- Ja* --- Nein |
| 3. Vater und/oder Mutter hatten einen Schenkelhalsbruch*-Osteoporose | --- Ja* --- Nein |
| 4. Ich bin im letzten Jahr mindestens 1x von alleine gestürzt | --- Ja* --- Nein |
| 5. Ich bin zunehmend bewegungsunfähig/ eingeschränkt | --- Ja* --- Nein |
| 6. Ich bin / war Raucher (letzte 2 Jahre) | --- Ja* --- Nein |
| 7. Meine Körpergröße hat mehr als 4cm abgenommen | --- Ja --- Nein |
| 8. Ich habe Untergewicht/ habe stark abgenommen | --- Ja --- Nein |

Erkrankungen

- | | |
|---|-------------------|
| 9. Diabetes mellitus | --- Ja** --- Nein |
| 10. Störung der Schilddrüse (Hyperthyreose) oder der Nebenschilddrüse (Hyperpara) | --- Ja* --- Nein |
| 11. Rheuma/rheumatische Arthritis/Spondylitis ankylosans | --- Ja* --- Nein |
| 12. Getreideunverträglichkeit (Zöliakie) | --- Ja* --- Nein |
| 13. COPD | --- Ja* --- Nein |
| 14. Herzinsuffizienz (Herzschwäche/Herzmuskelschwäche) | --- Ja* --- Nein |
| 15. Epilepsie, Depression, M. Parkinson, Alzheimer/ Demenz | --- Ja* --- Nein |
| 16. Morbus Cushing | --- Ja* --- Nein |
| 17. Hormonmangel beim Mann | --- Ja* --- Nein |
| 18. Wachstumshormonmangel bei eingeschränkter Funktion der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) | --- Ja* --- Nein |
| 19. Darmentzündung: Colitis ulserosa, M. Crohm/Magenentfernung | --- Ja --- Nein |
| 20. Krebserkrankungen | --- Ja --- Nein |
| 21. Sodbrennen oder Gastritis | --- Ja --- Nein |
| 22. Chron. Lebererkrankung; eingeschränkte Nierenfunktion/Dialyse/ Organtransplantation | --- Ja --- Nein |
| 23. Zustand nach Schlaganfall | --- Ja --- Nein |

Ich bekomme folgende Medikamente

- | | |
|--|-------------------|
| 24. Insulin wegen Diabetes mellitus | --- Ja** --- Nein |
| 25. Cortison in Tabletten oder als Spray | --- Ja** --- Nein |
| 26. Magenschutzpräparate (>>PPI<< wie Omeprazol, Pantoprazol o.ä.) | --- Ja* --- Nein |
| 27. Antihormontherapie bei Brust-oder Prostatakrebs; Hormonbehandlungen Bei eingeschränkter Funktion der männl. Keimdrüsen | --- Ja* --- Nein |
| Antiandrogene Therapie (Prostata Ca.) | --- Ja* --- Nein |
| 28. Antiepileptika; Antidepressiva; Opioide | --- Ja* --- Nein |
| 29. Herztabletten bei Herzinsuffizienz | --- Ja* --- Nein |
| 30. Entwässerungstabletten (Diuretica) | --- Ja* --- Nein |
| 31. Schilddrüsenhormone | --- Ja* --- Nein |
| 32. Antidepressiva* /Schlafmittel/ Antiepileptika*/Opioide/Sedativa | --- Ja* --- Nein |
| 33. Marcumar/ Heparin/ ASS oder NOAK (Eliquis, Pradaxa, Xarelto o.ä) | --- Ja --- Nein |

Bitte bringen Sie zusätzlich Ihren aktuellen Medikamentenplan von Ihrem Hausarzt mit!

Wir werden Sie über ein automatisches Informationssystem an bestimmte Untersuchungen/Behandlungen erinnern und überweisende (Haus-)Ärzte erhalten einen Arztbrief. Hiermit stimme ich dem zu und versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Vielen Dank

**Einverständniserklärung des Patienten zur
Übermittlung von Behandlungsdaten und
Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V**

Pat. Nr.:

Name des Patienten:	
Krankenkasse	

Bitte folgende Punkte ankreuzen!!!!!!

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem Krankenhaus oder Klinik, bei dem ich in Behandlung bin bzw. war, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei einem Krankenhaus oder Klinik, bei denen ich in Behandlung bin bzw. war, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden. Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die **folgenden Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Ort, Datum

Unterschrift / Name, Vorname