

Dr. med. Barbara Nowitzky

Praxis für Familienmedizin

Hausärztliche Betreuung – Palliativmedizin – klassische Homöopathie -
Notfallmedizin



Name, Vorname, ggfalls Titel: _____

Geburtsdatum und –Ort: _____

Anschrift: _____

Festnetz UND HandyNr: _____ & _____

E-Mail: _____

Muttersprache: _____

Ausbildung/Beruf: _____

Dr. med. Barbara Nowitzky
Fachärztin für (Innere- und)
Allgemeinmedizin
Homöopathie
Notfallmedizin

Schongauer Str. 100
82380 Peißenberg

Tel. 08803-3058
Fax 08803-61138

praxis@dr-nowitzky.de

www.dr-nowitzky.de

Sprechzeiten:

Mo-Fr 8-11.30h
Mo 16-18h
Di durchgehend bis 14.30h
Do 17-19h
sowie nach Vereinbarung

Datum • Date

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis! Damit ich Sie umfassend beraten und behandeln kann, ist es mir sehr wichtig, viel über Sie zu erfahren. Um auf ein persönliches Gespräch mit Ihnen vorbereitet zu sein, möchte ich Sie bitten, bereits vorab diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich behandeln wir diese Angaben streng vertraulich und stellen sie selbst anderen Ärzten/Therapeuten nur mit Ihrem persönlichen Einverständnis zur Verfügung.

1. Weshalb kommen Sie heute zu mir?

2. Welche wichtigen Vorbeschwerden wurden bereits untersucht?

Dr. med. Barbara Nowitzky

Praxis für Familien- und Allgemeinmedizin
Hausärztliche Betreuung

3. Leben Sie alleine? Mit Partner? Mit der Familie? Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie alt sind diese?

4. Wie groß sind Sie und wie ist Ihr Körpergewicht?

5. Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel(e)?

6. Ist bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten bekannt:

-hoher /schwankender Blutdruck? _____

-Diabetes/erhöhte Blutzuckerwerte? _____

-infektiöse/ansteckende Krankheiten (Hepatis, HIV, TBC etc) _____

-Schilddrüsenerkrankung? _____

-Tumorerkrankungen? _____

7. Sind Sie bereits in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Wo? Weswegen?

8. Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welchen?

9. Nehmen Sie Medikamente bei Bedarf/unregelmäßig ein? Wenn ja, welche und weswegen? Bitte zählen Sie auch Sprays, Tropfen und naturheilkundliche Medikamente auf!

Dr. med. Barbara Nowitzky

Praxis für Familien- und Allgemeinmedizin
Hausärztliche Betreuung

10. Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann, wo und weswegen?

11. Sind Ihre Impfungen aktuell? Ja: _____ - nein: _____ - bin mir nicht sicher: _____ -
Wenn Sie sich nicht sicher sind, dann bringen Sie Ihren Impfausweis einfach bei der nächsten
Gelegenheit vorbei. Wir beraten Sie gerne und individuell auch im Falle eines Verlustes Ihres
Impfausweises!

12. Besteht eine Einstufung nach GdB oder eine Pflegestufe?

13. Haben Sie eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht erstellt?

14. Gibt es bei direkten Verwandten von Ihnen frühe Todesfälle, Herz- und Kreislauferkrankungen wie
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall und Demenz? Gibt es Tumorleiden? Diabetes/erhöhte
Blutzuckerwerte? Depressionen? Psychische Erkrankungen? Seltene Krankheiten wie bestimmte
Stoffwechselstörungen?

15. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis zum elektronischen Datenaustausch über
geschützte Internetverbindungen (z.B. mit dem Labor, den Krankenkassen oder mit anderen
Ärzten/Therapeuten). Dies ist auch bis auf Widerruf gültig für künftige Kommunikationsmodelle
z.B. die Fernbehandlung über visuelle/audiologische Kommunikationsmedien, die Datenpflege in
der elektronischen Patientenakte der Krankenkassen u.v.m.) ebenso wie für die verschlüsselte
Telekommunikation über Dritte (Internetdienstleister) – selbstverständlich unter Beachtung der
bisherigen Regeln für die ärztliche Schweigepflicht.

Dr. med. Barbara Nowitzky

Praxis für Familien- und Allgemeinmedizin
Hausärztliche Betreuung

16. Falls Sie mit uns über unverschlüsselte Medien (Google mail, WhatsApp etc) mit uns kommunizieren möchten und sich des daraus resultierenden Sicherheitsrisikos für ihre Daten bewusst sind, antworten wir Ihnen praktikabilitätshalber ebenso. Mit Ihrem Vorgehen erklären Sie in diesem Falle automatisch Ihre Haftung für die möglicherweise daraus entstehende Verletzung Ihrer Datenschutzrechte. Wir bitten Sie um Verständnis für unser Vorgehen.

17. In meiner Praxis werden Studierende ausgebildet. Diese nehmen jedoch keine eigenverantwortlichen Heilbehandlungen vor. Bitte unterstützen Sie den ärztlichen Nachwuchs beim Kennenlernen Ihrer gesundheitlichen Anliegen.

18. Zu meiner Entlastung beschäftige ich regelhaft eine/n fertig ausgebildete und approbierte ÄrztIn (in Weiterbildung zur FachärztIn für Allgemeinmedizin). Wir sprechen unser Behandlungskonzept engmaschig ab, die verantwortliche Fachärztin bleibe ich. Wenn Sie jedoch ausschließlich durch mich persönlich behandelt werden möchten, können Sie dies bei der Terminvergabe mitteilen.

19. Aufgrund zunehmender gesellschaftlicher „Drive-in-Mentalität“ auch bei der Konsultation von ÄrztInnen erfolgt zum 1.Juli 2020 folgende Neuerung: Ich behalte mir vor, Ihnen bei unentschuldigt versäumten Terminen wie z.B. Check-ups, Kindervorsorgeuntersuchungen und aufwändigen technischen Untersuchungen sowie psychosomatischen und homöopathischen Anamnesen ein anteiliges Ausfallhonorar nach GOÄ privat in Rechnung zu stellen. Dieses wird von keiner gesetzlichen oder privaten Kasse erstattet.

Ihre Unterschrift: _____

Ihre Dr. med. Barbara Nowitzky