



**Facharztpraxis für Pneumologie Allergologie Schlafmedizin**  
Schlaflabor im Marien-Krankenhaus  
Dr. med. Jens C. Becker  
Dr. med. Christoph Apel  
Dr. med. Fiona Rausch



Pferdemarkt 6-8 23552 Lübeck Tel: 0451-73881 Fax: 0451 705315 [www.lunge-luebeck.de](http://www.lunge-luebeck.de)  
Am Kurpark 1 23611 Bad Schwartau Tel: 0451- 31750180 Fax: 0451- 705315

## **Wir bitten Sie um Mithilfe!**

Sie sind zum ersten Mal bei uns und wir begrüßen Sie im Namen unseres ganzen Teams!  
Unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln.

Damit wir gut auf Ihre Beschwerden eingehen können, bitten wir Sie zunächst um Beantwortung einiger Fragen zu Ihren Beschwerden und Ihrer Vorgeschichte.

Bitte füllen Sie dann die folgenden Fragebögen vollständig aus.

Sollten Sie einen Medikamentenplan in Schriftform mit sich führen, reicht es aus diesen an der Anmeldung vorzulegen, Sie brauchen dann die Medikamente nicht separat auf den hierfür vorgesehenen Bogen aufzuführen.

Sollten Sie die Medikamente aufschreiben, bitten wir die Namen und Dosierungen sowie die Einnahmehäufigkeit im Bogen zu vermerken.

Wenn Sie weitere Befunde für uns haben wie zum Beispiel Arztbriefe, Berichte über Röntgenuntersuchungen, Laborbefunde oder auch CDs bitten wir Sie, diese an der Anmeldung abzugeben. Wir können die Befunde dann im Vorhinein in Ihre Akte kopieren.

Abschließend eine Bitte zum Ausfüllen des Datenschutzbogens:

Bitte schreiben Sie insbesondere Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse leserlich.

Bitte beantworten Sie jede der dort gestellten Fragen.

Wenn einzelne Punkte unklar sind, stehen wir gerne für Rückfragen zur Verfügung, sprechen Sie uns bitte an.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam Dr. Apel, Dr. Becker, Dr. Rausch

Name:

EDV Nr.:

Datum:

- Ihre aktuellen Beschwerden: (Stichwörter reichen, z.B. Luftnot , Husten, Müdigkeit):

---

---

---

- Sind Vorerkrankungen bekannt?, Wenn ja welche (z.B.  Bluthochdruck,  Zucker, usw.)

---

---

---

Sind Operationen durchgeführt worden? Wenn ja welche .

---

---

---

- Ihr (früherer) Beruf? \_\_\_\_\_  berentet

- Haben Sie Allergien?  nein  ja, und zwar gegenüber

---

- Glauben Sie, dass eine Allergie Ursache Ihrer aktuellen Beschwerden sein könnte?

ja,  nein

- Haben Sie eine Kontrastmittel- oder Medikamentenunverträglichkeit?

•

---

- Haben Sie geraucht?  nein  ja, \_\_\_ Zig. / Tag, bis  jetzt oder bis \_\_\_\_\_

- Haben Sie Haustiere?  nein,  ja, und zwar \_\_\_\_\_

- Aktuell  krankgeschrieben

- Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? \_\_\_\_\_

- Wie gut ist Ihr Schlaf?

morgens bin ich meist gut erholt

ich schnarche meistens

morgens und tagsüber bin ich eher schläfrig und erschöpft

nachts wurden bei mir Atemaussetzer beobachtet

- Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (einschließlich Augentropfen)?**

Bitte tragen Sie diese möglichst genau mit der Dosierung in mg und den Einnahmezeiten in die Tabelle auf der folgenden Seite ein



Name:

EDV Nr.:

**Facharztpraxis für Pneumologie Allergologie Schlafmedizin Praxis Lübeck**

Dr. Jens C. Becker

Dr. Christoph Apel

Dr. Fiona Rausch

**Einverständniserklärung (nach EBM 2008)**

Bei einer Praxisübergabe gestatte ich, dass meine Behandlungsdaten einem Praxisnachfolger ohne Einschränkungen überlassen werden.

1. Ich möchte, dass mein Hausarzt / -ärztin und folgende Fachärzte

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
regelmäßig über hier  
durchgeführte Untersuchungen / Behandlungen informiert wird

ja  nein

2. Ich bin daran interessiert, über neue Entwicklungen / Therapien (auch im Rahmen einer Studienteilnahme), die meine Erkrankung betreffen, informiert zu werden

ja  nein

3. Ich möchte an Termine wichtiger Untersuchungen / Therapien / Hyposensibilisierungen durch die Praxis erinnert werden.

Termineralnerungen (Recall) erfolgen entweder per E Mail oder SMS

ja  nein

4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form zu Forschungs- / Verwaltungszwecken verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass bei Computerwartungen etc. meine Daten evtl. externem Personal zugänglich sind, welches aber auch zu Verschwiegenheit verpflichtet ist.

5: Laboruntersuchungen werden im Labor Lübeck durchgeführt, in Einzelfällen im Labor Sennekamp in Bonn. Ich willige ein, dass im Rahmen von erforderlichen Untersuchungen meine Daten an die Labore weitergegeben werden.

6: Bei Röntgen-Untersuchungen ist es im Einzelfall erforderlich im vorhinein Laborwerte zur Verfügung zu stellen, um die Untersuchung komplikationslos durchführen zu können. Ich willige ein, dass wenn dies erforderlich ist meine Labordaten an das entsprechende Röntgeninstitut gesendet werden.

7: Falls eine Weiterbehandlung/Mitbehandlung im Krankenhaus erforderlich ist willige ich ein, dass meine Daten und Befunde entsprechend an das Krankenhaus gesendet werden.

8. Die Information über den Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Lübeck, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

**Wichtig: Bitte informieren Sie uns, sobald sich Ihrer Handynummer oder E-Mail-Adresse ändert.**

