

Anamnesebogen

*Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
um Sie gut behandeln zu können, benötigen wir ausführliche Informationen zu Ihnen und Ihrer Vorgeschichte.
Wir bitten Sie daher vor der Behandlung diesen Anamnesebogen auszufüllen und am Empfang abzugeben.
Selbstverständlich werden alle Informationen streng vertraulich behandelt!
Vielen Dank! Ihr Praxisteam*

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email-Adresse: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Religion: _____

Beruf: _____ aktueller Beschäftigungsumfang: _____

Pflegestufe: _____ GdB (Grad der Behinderung): _____

derzeit krankgeschrieben? (Wenn ja: wie lange?) _____

Hausarzt: _____ weiterbehandelnder Arzt: _____

letzte Blutuntersuchung: _____ letzte EKG-Untersuchung: _____

Nikotinkonsum? Falls ja, wieviel pro Tag oder Woche:

Alkoholkonsum? Falls ja, welche Getränke und wieviel pro Tag oder Woche:

Drogen? Falls ja, welche Substanzen und wieviel pro Tag oder Woche:

Suizidversuche in der Vorgeschichte? _____

Leiden Sie unter Angst in engen Räumen? _____

aktuelle neurologische oder psychiatrische Beschwerden, die Sie herführen:

aktuelle zusätzliche körperliche Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes):

frühere Erkrankungen (z.B. Unfälle, Operationen, Depressionen, Angsterkrankungen, Schlaganfälle, Herzkrankheiten, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen):

alle aktuell eingenommenen Medikamente, auch freiverkäufliche, Dauer- oder Bedarfsmedizin (Name, genaue Dosierung, Einnahmezeitpunkte):

bei Frauen: könnten Sie schwanger sein? _____

Allergien, Unverträglichkeiten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift
--------------	----------------	-----------------------

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine ab, falls Sie sie nicht einhalten können, damit wir den Termin an andere Patienten vergeben und so die Wartezeit reduzieren können. Vielen Dank!

Liebe Patientin, lieber Patient, um Sie gut behandeln zu können ist es erforderlich, einige Vereinbarungen mit Ihnen zu treffen. Wir bitten Sie die nachfolgenden Hinweise zu lesen und Ihr Einverständnis durch Ihre Unterschrift auszudrücken. Bei Fragen oder Bedenken wenden Sie sich bitte an das Praxisteam. Vielen Dank!

Ihr Name: _____ Geburtsdatum: _____

Neben dem Austausch von Informationen zwischen den Ärzten innerhalb der Gemeinschaftspraxis ist der Austausch mit anderen Ärzten oder Therapeuten oft unverzichtbar für eine optimale Behandlung. Behandlungsdaten können außerdem an die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, den Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS Westfalen-Nord) übermittelt werden. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Wir weisen darauf hin, dass auch bei Besuch unserer Homepage Daten erfasst werden. Bitte verschicken Sie per Email keine persönlichen Daten und schweigepflichtigen Informationen an die Praxis, da per Email verschickte Daten nicht geschützt sind. Eine ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis liegt im Wartezimmer und am Empfang unserer Praxis für Sie aus. Damit wir Sie in wichtigen Fällen benachrichtigen können, ist es wichtig, dass Sie uns bei Änderungen Ihrer Anschrift oder Telefonnummer zeitnah informieren. Ggfs. werden wir Sie auch telefonisch an vereinbarte Termine oder wichtige Untersuchungen erinnern oder in besonderen Fällen über Ergebnisse informieren. Bitte bringen Sie zu jedem Termin Ihre Versicherungskarte, den aktuellen Medikationsplan und aktuelle Laborbefunde oder Berichte und Ihre Überweisungen mit. Auch in unserer Praxis entstehen lange Wartezeiten auf Termine leider dadurch, dass Patienten bei Verhinderung ihre Termine nicht rechtzeitig absagen und die Termine ungenutzt verfallen. Wir sind eine reine Bestellpraxis mit individuellen Behandlungsterminen für jeden Patienten. Bitte sagen Sie daher vereinbarte Termine in der Praxis bei Verhinderung spätestens am Vortag ab. Dies ist telefonisch oder per Email möglich. Bei zu kurzfristiger (weniger als 24h vorher) oder fehlender Absage müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten leider als Ausfallhonorar privat in Rechnung stellen, außer der Terminausfall erfolgte unverschuldet. Außerhalb der Sprechzeiten kontaktieren Sie in dringend Situationen bitte den ärztlicher Notdienst, die Notfallpraxis, den Sozialpsychiatrischer Dienst oder den Krisendienst. Falls Sie die Kontaktdaten nicht besitzen, so erhalten Sie diese beim Praxisteam. Bei Notfällen rufen Sie bitte umgehend den Rettungsdienst (Tel. 112). Zum Oktober 2025 sind alle Praxen verpflichtet die Elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen. Sie können der Nutzung der ePA bei Ihrer Krankenkasse widersprechen. Wir weisen Sie darauf hin, dass insbesondere seelische Erkrankungen hochsensible Daten mit besonderer Informationspflicht darstellen. Sie haben die Möglichkeit dem Hochladen von Daten in die ePA im unmittelbaren Behandlungskontext zu widersprechen. **Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Regelungen und Hinweise gelesen und verstanden zu haben. Die Patienteninformation zum Datenschutz und zur ePA habe ich zur Kenntnis genommen. Ich habe keine weiteren Rückfragen. Ich stimme den Regelungen und Hinweisen ausdrücklich zu. Insbesondere stimme ich dem Erheben und Weiterleiten von Daten zu Behandlungszwecken zu und gestatte Austausch und Akteneinsicht durch die Ärzte der Gemeinschaftspraxis Fischer/ Ginkel/ Dr. Karwelies untereinander. Ich bin mit der Weitergabe von Informationen, Befunden und Arztberichten an meinen Hausarzt und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten und Psychologen einverstanden. Ich bin einverstanden damit, dass ich mit meinem Namen im Wartezimmer aufgerufen werde. Ich bin einverstanden, von der Gemeinschaftspraxis angerufen zu werden. Meine Zustimmung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.**

Verl, den _____

Unterschrift: _____

Aufklärung zur Elektronische Patientenakte (ePA)

Verler Neuropaxis -Ärzteteam - Fischer /Ginkel/ Dr. Karwelies

Wilhelmstr. 18 33415 Verl

Partnerschaftsgesellschaft, Amtsgericht Essen, PR 427

Als Vertragsärzte und -psychotherapeuten der Verler Neuropaxis sind wir verpflichtet, Patientinnen und Patienten während ihres Besuchs in der Praxis über die möglichen Daten zu informieren, die in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden. Bitte lesen Sie daher die folgenden Informationen aufmerksam und treffen Sie eine durch ihre Unterschrift bestätigte Entscheidung.

Ärzte und Psychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2025 verschiedene, zum Teil hochsensible Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) einzufügen, sofern sie während der aktuellen Behandlung erhoben wurden und in elektronischer Form vorliegen.

Mit der „ePA für alle“ werden die meisten gesetzlichen krankenversicherten Patienten eine ePA bekommen, es sei denn, sie haben hierzu explizit bei ihrer Krankenkasse widersprochen (Opt-out-Regelung). Sie haben Anspruch auf die Ergänzung ihrer Akte mit weiteren Daten. Falls dies gewünscht ist, muss die Praxis die Einwilligung des Patienten in der Behandlungsdokumentation festhalten. Die ePA ist eine patientengeführte Akte, d.h. ausschließlich die Patienten entscheiden, ob und wie sie die Akte nutzen und wem sie einen Zugriff auf welche Daten einräumen möchten. Ärzte und Psychotherapeuten sind in der Pflicht, festgelegte Inhalte in die „ePA für alle“ einzustellen, sofern der Patient dem nicht widerspricht. Alle Arzt- oder Zahnarztpraxen oder Apotheken oder Therapiepraxen haben Zugriff auf alle Inhalte der ePA eines Patienten, sobald dessen eGK gesteckt wird. Dieses Zugriffsrecht gilt für einen Zeitraum von 90 Tagen, sofern der Patient nichts anderes bestimmt. Der Patient kann den Zugriff auf die ePA individuell beschränken, indem er dem Zugriff widerspricht, Inhalte verbirgt oder löscht. Somit haben Sie die freie Wahl, welche Praxis oder Institution seine ePA einsehen darf. Weder die Betreiber der Patientenakten noch die Krankenkassen können auf die ePA oder auf das PVS der Praxis zugreifen. Ärzte und Psychotherapeuten haben nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 346, § 347 SGB V) die Verpflichtung, bestimmte Daten in die ePA einzustellen, wenn sie elektronisch vorliegen und aus dem aktuellen Behandlungskontext entstehen (z. B. Befundberichte aus bildgebender Diagnostik).

Diese Daten müssen Praxen einpflegen:

- Befundberichte aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- Laborbefunde selbstbeauftragter Laboranalysen
- eArztbriefe

Weitere Dokumente und Daten folgen nach und nach: unter anderem der elektronische Medikationsplan und Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (Allergien, Körpergewicht d. Patienten).

Diese Dokumente können Praxen zusätzlich auf Wunsch ihrer Patienten einpflegen:

Daten aus strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) ,

eAU-Bescheinigungen (Patienten-Kopie) ,

Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende und Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen, Elektronische Abschrift der vom Arzt oder Psychotherapeuten geführten Behandlungsdokumentation

Das müssen Praxen nicht in die ePA einstellen:

- Ältere Befunde und Dokumentationen, die sich nicht auf den aktuellen Behandlungskontext beziehen
- ihre eigenen Patientendokumentationen
- Informationen, die ihren Patienten schaden könnten (s. „Ausnahme von der Befüllpflicht“)

Für hochsensible Daten, insbesondere in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen, **psychische Erkrankungen** und Schwangerschaftsabbrüche, gelten spezielle Informationspflichten.

- **Wir weisen Sie hiermit auf ihr Recht zum Widerspruch hin.**
- Sie haben im unmittelbaren Behandlungskontext die Möglichkeit, zu widersprechen, dass diese Daten in die ePA eingestellt werden.
- Ein möglicher Widerspruch wird nachvollziehbar in der Behandlungsdokumentation festgehalten .

Patientinnen und Patienten, die verhindern wollen, dass sehr sensible Daten wie psychische Erkrankung oder deren Behandlungen u.ä. in der ePA sichtbar werden, haben folgende Möglichkeiten:

- Sie widersprechen im unmittelbaren Behandlungskontext dem Einstellen von Dokumenten.
- Sie verbergen bereits hochgeladene Dokumente per App. In diesem Fall kann niemand außer Sie selbst die Dokumente sehen. Sie können die Dokumente jederzeit wieder sichtbar machen.
- Sie löschen bereits hochgeladene Dokumente.
- Sie widersprechen der Erstellung der Medikationsliste oder legen fest, dass diese für einzelne oder alle Praxen, Krankenhäuser oder Apotheken nicht sichtbar ist. Beides geht per App oder sie wenden sich an ihre Krankenkasse. Das Verbergen oder Löschen einzelner Einträge in der Medikationsliste ist nicht möglich.
- Sie widersprechen dem Einstellen von Abrechnungsdaten – per App oder direkt bei der Krankenkasse.
- Sie haben außerdem die Möglichkeit, bestimmten Praxen, Krankenhäusern, Apotheken etc. den Zugriff auf die ePA komplett zu entziehen. Dann können diese allerdings auch keine anderen Dokumente sehen oder neue Dokumente einstellen.

Weitere Informationen zur ePA erhalten Sie bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung!

Bitte überdenken Sie Ihre Entscheidung gut. Es handelt sich um hochsensible Daten, auf die beim Stecken der Karte alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken und Therapeuten zugreifen können.

Diese zweiseitige Aufklärung zur ePA habe ich vollständig gelesen und zur Kenntnis genommen.

O Ich **widerspreche** dem Einstellen von Daten durch die Verler Neuropraxis in meine ePA

O Ich **stimme** dem Einstellen von Daten in meine ePA einschl. von Krankschreibungen (eAU) und Medikationsplänen (BMP) durch die Verler Neuropraxis **zu**

Wenn ich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen zum Umgang mit meinen Daten in der ePA wünsche, werde ich dies der Verler Neuropraxis aktiv (schriftlich) mitteilen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

**Gemeinschaftspraxis
-Ärztepartnerschaft-
Fischer / Ginkel/ Dr. Karwelies
Wilhelmstr. 18
33415 Verl
Tel: 05246/ 3330
Fax: 05246/ 932916
info@verler-neuropraxis.de**

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um weiterhin eine gute Behandlung zu gewährleisten, ist es notwendig, dass Ihr behandelnder Arzt
Behandlungsunterlagen, Befunde und Arztberichte aus Vorbehandlungen und von anderen Ärzten
anfordern kann. Hierfür benötigen wir Ihre Zustimmung.*

Zustimmung zur Anforderung von Arztbriefen und Befundberichten

**Hiermit entbinde ich meine vor- und mitbehandelnden Ärzte/ Therapeuten /
Kliniken**

**von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme der Übersendung von Arztberichten,
Befunden und Behandlungsunterlagen an die Gemeinschaftspraxis -
Ärztepartnerschaft- Fischer/ Ginkel/ Dr. Karwelies in Verl zu. Meine
Schweigepflichtentbindung kann ich jederzeit widerrufen.**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Verl, den _____ **Unterschrift:** _____

*Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
wir bitten insbesondere um Zusendung von:*

Vielen Dank!