



# HAUSARZT IM PARK

D R . M E D . T I L O F I S C H B A C H

anmeldung.hausarztimpark@gmail.com

Fragebogen für Neupatient/innen: (bitte prüfen Sie, ob die Daten korrekt sind und ergänzen Sie)

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Telefon\*:**

**Email\*:**

**Arbeit / Tätigkeit:**

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Sind chronische Erkrankungen bei Ihnen selbst oder bei den Eltern / Geschwistern vorhanden?	Bei mir Selbst	Eltern Geschw.
Psychische Erkrankungen		
Schilddrüse		
Blutdruck		
Herz		
Diabetes		
Krebs		
Rheuma		
Leber		
Verdauung		
Blut und Knochenmark		
Asthma / COPD		
Durchblutungsstörungen		
Epilepsie		
Erbkrankheiten		
Infektionen: HIV/ Hepatitis		
Multiple Sklerose		
Schlaganfall		
Andere Erkrankungen:		

### Allergien gegen Medikamente:

Penicillinallergie  Kontrastmittelallergie

sonstige: \_\_\_\_\_

### Allergie / Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel:

### Ich habe folgende Laster:

RAUCHEN  ALKOHOL  DROGEN

Welche **Vorsorgeuntersuchung** hatten Sie schon?

Darmspiegelung (ab 50.LJ): zuletzt im Jahr: \_\_\_\_\_

Prostatakrebs Männer (ab 45.LJ): zuletzt: \_\_\_\_\_

Hautkrebs (ab 35.LJ): zuletzt: \_\_\_\_\_

Brustkrebs / Eierstockkrebs zuletzt: \_\_\_\_\_

**Bringen Sie Ihren Medikamentenplan und Impfausweis mit!**

### Operationen, andere Erkrankungen, Anmerkungen:

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Wenn Sie keinen Medikamentenplan haben, schreiben Sie hier Name der Medikamentes, Wirkstärke in mg und Einnahmezeiten auf:  
z.B. ASS 100mg Tbl 1-0-0.

Ich habe die Daten nach bestem Wissen ausgefüllt

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Datenverarbeitung

### Einwilligung nach DSGVO



**Die Praxis darf meine Emailadresse zum Antworten auf meine Fragen verwenden:**

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Ja, will ich (Unterschrift):** \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass dies meine Emailadresse ist und falls diese sich ändert informiere ich die Praxis.

Bei einem Schriftwechsel per Email mit Dr Fischbach dürfen sämtliche erforderliche Informationen, auch personenbezogene Daten, Diagnose,n Beratungen die der Schweigepflicht unterliegen, erwähnt werden.

Mir ist bekannt, dass der Inhalt der E-Mails grundsätzlich unverschlüsselt ist. Dies gilt auch für angehängte Dokumente, Dateien oder Bilder.

Bei Befundübermittlung per Email wird die Praxis ein spezielles Passwort für die angehängten Dateien verwenden.



**Die Praxis soll meine Anfragen per Email immer ignorieren und löschen.**

Ich möchte niemals mit der Praxis per Email kommunizieren.

Videosprechstunden und Befundübermittlung sind damit ausgeschlossen.

(Unterschrift): \_\_\_\_\_

## Verwendung der Rechnungsanschrift für gewünschte Selbstzahlerleistungen



Wenn ich mal besondere  
Blutuntersuchungen als Selbstzahler-  
leistungen buchen sollte,  
bekomme ich eine Rechnung vom  
Zahlungsdienstleister PVS.

**Ja, will ich (Unterschrift):** \_\_\_\_\_



Ich verzichte auf die Möglichkeit jeglicher  
Selbstzahlerleistungen des MVZ Labor  
Leipzig (Vitamine, Vitalstoffe, Gutachten,  
Atteste, Impftiter etc.)

(Unterschrift): \_\_\_\_\_

Die **PVS Sachsen** ist eine berufsständische  
Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten  
gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch  
die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt  
oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht  
gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum  
Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS  
Sachsen ab (§ 398 BGB).

**Bei Zahlungsverzug** kommen **Mahnungen und  
Betreibungen im Falle eines Rechtsstreites nur von der  
PVS Sachsen** als Prozesspartei.

**Durch Ihre Unterschrift willigen Sie ein**, zur  
**Rechnungsbearbeitung notwendige Daten** wie Name,  
Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen  
und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten  
Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer – zu  
erklären, sowie der Abtretung der Honorarforderung an die  
PVS Sachsen zuzustimmen.

## Videosprechstunde über das Internet (Bild und Ton)



**Ich möchte bei Bedarf Dr Fischbach auch per Videochat von unterwegs aus erreichen können.**

**Ich bekomme von der Praxisanmeldung einen Termin-Link per Email und nutze die Sprechstunde auf Wunsch auch online (kein Download, keine App erforderlich).**

**Der Videochat mit dem Programm RedMedical ist von der Kassenärztlichen Vereinigung zertifiziert.**

**Ich stimme der kostenlosen Verwendung von RedMedical zu.**

**Ja, will ich (Unterschrift):** \_\_\_\_\_

**Die Übertragung der Videosprechstunde** erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers. • Der Videodienstleister gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden. • Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt. • Dem Videodienstleister und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen



**Nein, Videochat kommt für mich niemals in Frage**

(Unterschrift): \_\_\_\_\_

Pat.: \$Vorname#, \$Nachname#, IDN: \$Patnr#, Druckdatum: \$Druckdatum#

# Herzlich Willkommen in der Praxis

## Öffnungszeiten

### Terminsprechstunden:

Montag bis Freitag von 8-12 Uhr

Montag und Donnerstag zusätzlich von 16-18 Uhr

Telefonzeiten: Montag bis Freitag 10:00 - 12:00 Uhr

Email: [anmeldung.hausarztimpark@gmail.com](mailto:anmeldung.hausarztimpark@gmail.com)

---

### Akutsprechstunde (Ohne Termin, mit Wartezeit):

Montag bis Freitag von 8:00 - 9:00 Uhr

**ACHTUNG:** Nur für akute Symptome: Fieber, plötzliche Schmerzen, Kreislaufprobleme, Luftnot, Infekte, allergische Reaktionen, Verletzungen.

**Keine längeren Beratungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Routinechecks.**

---

### Labor / Blutabnahmezeiten:

Montag bis Donnerstag von 7:30 bis 8:30 Uhr

Internetseite (ausführlicher Praxis- Flyer zum Download)

[www.hausarzt-im-park.de](http://www.hausarzt-im-park.de)

### Informationen:

- . Vertretungsarztpraxis bei geschlossener Praxis
- . Einschreibung in das Hausarztprogramm der AOK Plus
- . Gesundheitscheck für Neupatienten

### eServices:

- . Online Rezeptbestellung
- . Telefonische Krankmeldung
- . elektronische Patientenakte

