



# HAUSARZTPRAXIS DR. WISMANN

Reiseimpfzentrum | Gelbfieberimpfstelle | Sportmedizin

Dr. med. Stephan Wismann

Facharzt für Innere Medizin | Sportmedizin | Fachzertifikat Reisemedizin

Natascha Buurman (Angestellte Ärztin)

Fachärztin für Allgemeinmedizin | *Fachärztin für Gefäßchirurgie (Nur Privat)*

## ANAMNESEBOGEN

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Zur besseren Vorbereitung bitten wir Sie den Anamnesebogen auszufüllen und an der Anmeldung abzugeben. Sie können den Bogen auch gerne in Ruhe zu Hause ausfüllen und einreichen. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig, würden uns aber bei der Abwicklung sehr helfen.

### Persönliche Angaben:

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon/Mobil

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Krankenkasse

Bisheriger Hausarzt/Hausärztin

Email\* (freiwillig)

*\*Ich möchte Terminerinnerungen per Email erhalten. Mir ist bekannt, dass meine Daten in diesem Zusammenhang und im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung von der Praxis verarbeitet und gespeichert werden. Die Emailadresse wird nicht an Dritte weitergegeben. Weitere Informationen zum Datenschutz auf: [www.praxis-wismann.de](http://www.praxis-wismann.de)*

☐ Ja

☐ Nein

### Medizinische Angaben:

**Vorerkrankungen / Bekannte Diagnosen / Operationen:**

(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Lungenerkrankungen, neues Hüftgelenk, Schilddrüsenoperationen, etc.):

☐ Nein

☐ Ja

Grad:

**Pflegestufe**

☐ Nein

☐ Ja

Grad:

**Schwerbehinderung**

☐ Nein

☐ Ja, welche?:

**Allergie/Unverträglichkeiten**

**BITTE WENDEN →**

**Kontakt** Böcklinstr. 6, 44532 Lünen  
**Telefon** 02306-12495  
**Fax** 02306-205039  
**KIM** praxis-wismann.KVWL@kv.dox.kim.telematik

**Bank** Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
**IBAN** DE16 3006 0601 0208 1488 72  
**BIC** DAAEDEDXXX

**Öffnungszeiten**

Montag | Dienstag | Donnerstag 08:00-12:30 Uhr  
Mittwoch | Freitag 08:00-12:30 Uhr  
Montag | Dienstag | Donnerstag 08:00-13:00 Uhr  
Mittwoch | Freitag 08:00-13:00 Uhr

**Telefonzeiten**

14-18 Uhr

14-18 Uhr



**Regelmäßig verordnete Medikamente** (Am besten ein Medikationsplan des/r vorherigen Arztes/Ärztin):

NAME oder WIRKSTOFF (z.B. „RamiLich oder Ramipril“)	DOSIERUNG (z.B. „10mg“)	MORGENS (z.B. „1“)	MITTAGS (z.B. „0“)	ABENDS (z.B. „1/2“)	NACHTS (z.B. „0“)	BEMERKUNG (z.B. „bei Bedarf“)

In der Regel können wir Ihnen direkt bei Vorstellung in der Praxis eine Rückmeldung zur Übernahme geben. Sollte dies nicht der Fall sein oder wir können Sie aktuell nicht aufnehmen, können Sie sich im Verlauf gerne über den neuesten Stand bzgl. der Übernahmekapazität informieren.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr PRAXIS-TEAM

**Wichtige Information!** Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt sowie nicht an Dritte weitergegeben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der Datenspeicherung zum Zwecke der Übernahmeabwicklung einverstanden. Ich kann jederzeit die Löschung meiner hinterlegten Daten fordern bzw. von dem Wunsch eines Wechsels in die Hausarztpraxis Wismann zurücktreten.

**Außerdem bescheinige ich hiermit, dass ich im Rahmen der Aufnahme in die Praxis mit der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung einverstanden bin (siehe hierzu auch Folgeseiten). Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Ein gesonderter HZV-Vertrag wird zur Aufnahme noch ausgehändigt.**

Ort, Datum

Unterschrift



# Hausarzt-Zentrierte Versorgung - HZV



Da die Anforderungen an eine Hausarztpraxis mit der Zeit immer größer geworden sind und gleichzeitig die Anzahl an Hausärztinnen und Hausärzten immer stärker abnehmen, müssen wir uns immer neuen Herausforderungen stellen. Gleichzeitig wollen wir die Betreuung unserer Patientinnen und Patienten weiter verbessern bzw. den Behandlungsstandard weiter hoch halten. Leider ist uns dies unter den gegebenen Umständen nur noch unzureichend möglich, weshalb wir uns dazu entschieden haben an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen.

## Was bedeutet hausarztzentrierte Versorgung (HZV)?

Wir sind der zentrale Anlaufpunkt für alle gesundheitlichen Probleme für Sie. Bei uns sollen alle Fäden zusammenlaufen. Sei es die Behandlung in der Praxis selbst oder die Weiterbehandlung bei niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten, die Koordination der Behandlung oder die Befundorganisation aller Untersuchungen.

Hierzu erklären Sie uns als Ihre zentrale Anlaufstelle, um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten.

## Was sind Ihre Vorteile?

- Einen zentralen Anlaufpunkt für alle gesundheitlichen Probleme.
- Zugriff auf ihre persönliche Praxis-Akte inkl. Laborwerten, Befunden, Rezepten, uvm. über ihr Smartphone und das kostenlose „**PatMed**“-App (siehe auch nächste Seite)
- Einfache Bestellung von Rezepten aus dem „**Pat-Med**“-App heraus. Kein lästiges Telefonieren mehr nötig.
- Ein größeres Behandlungsspektrum mit z.B. der gründlichen Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35) alle 2 Jahre, statt wie bisher alle 3 Jahre.



Außerdem unterstützen Sie Ihre Praxis mit der Teilnahme und damit verbundenen besseren Vergütung der erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen, sodass die Praxis das Behandlungsangebot stetig verbessern kann; sei es durch technische Neuerungen, mehr Personal oder eine bessere Vergütung der Angestellten.

Wir würden uns über eine Teilnahme Ihrerseits am HZV-Programm sehr freuen und Bedanken uns für Ihr uns entgegengebrachtes Vertrauen.

*Ihr Praxis-Team Dr. Wismann*

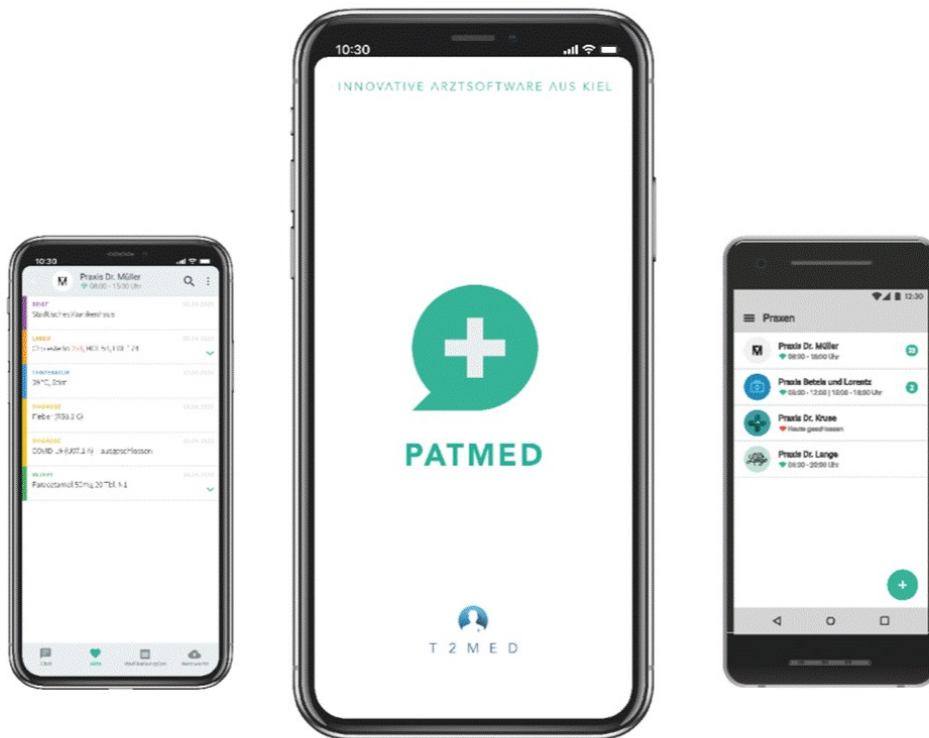


## LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

mit der PatMed-App haben Sie immer Ihre wichtigsten Gesundheitsdaten dabei. Möglich macht dies eine sichere Verbindung mit End-zu-Endverschlüsselung von Ihrem Smartphone zu unserer Praxis. Hier haben Sie jederzeit Zugriff auf Ihre hinterlegte Krankenakte mit Befunden, Laborwerten, Medikamentenplänen, Rezepten, und vielem mehr. Außerdem können Sie von unterwegs und weltweit Ihre Rezepte nachbestellen. Keine lästigen Telefonate mehr. Rezept bestellen und wenig später in der Praxis abholen.

Die PatMed-App können Sie im App-Store (Apple Store, Google Play Store) kostenlos herunterladen.

Dieser Service besteht exklusiv für HZV- und Privat-Versicherten.



WEITERE INFORMATIONEN ZU PATMED BEKOMMEN SIE VON IHREM ARZT  
UND UNTER **PATMED.DE**

Alle genannten Marken, verwendeten Logos und Warenzeichen sind Eigentum der jeweiligen Hersteller/Seitens. Die gezeigten Programmbilder können vom Auslieferungszustand abweichen.



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG / DATENSCHUTZ

zur

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und angeschlossene Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu meiner Person gespeicherten Daten

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen (Stichwort: Aufbewahrungsfristen) dagegen sprechen.

Zudem bevollmächtige ich folgende Person/Personen für mich Rezepte/Verordnungen entgegen zu nehmen, Behandlungsdaten abzufragen bzw. zu erfahren, telefonische Informationen zu erhalten oder Atteste und Bescheinigungen in meinem Namen mitzunehmen. *(Sollte kein Name eingetragen werden, ist eine Weitergabe an Dritte nur unter Vorlage einer Vorsorgevollmacht mit dem Teilbereich: Gesundheitsfürsorge, möglich.)*

Vorname/Name (evtl. Adresse / Telefonnr.) - sollten Sie noch mehr Personen berechtigen wollen, schreiben Sie diese bitte auf die Rückseite.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift