



**Gemeinschaftspraxis
Salzgitter-Lichtenberg**
Hausärztliche Versorgung
Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg

Gemeinschaftspraxis SZ-Lichtenberg GbR | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Dr. med. Simone Modro-Splitt
Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche
Versorgung), Akupunktur, Rettungsmedizin,
Palliativmedizin

Dr. med. Roland Michalski
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

Dr. med. Gudula Hagemann
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

**Zollnweg 22a
38228 Salzgitter**
BSNR 072046600

Tel +49 (0) 5341 / 85 38 0
Fax +49 (0) 5341 / 85 38 20

info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
www.arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
Arztpraxis-Salzgitter-Lichtenberg.KVN@kv.dox.kim.telematik

Behandlungsvereinbarung

Hiermit erkläre ich,

dass ich in der Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg als Patientin/ als Patient ärztlich behandelt werden möchte.

Die medizinische Behandlung kann durch Dr. med. S. Modro-Splitt, Dr. med. R. Michalski oder durch Dr. med. G. Hagemann erfolgen. Es besteht grundsätzlich freie Arztwahl. Im Falle der Verhinderung einer Ärztin/ eines Arztes (bspw. Aufgrund einer Notfallbehandlung oder eines notwendigen Haus- oder Heimbefuchs) ist die ärztliche Versorgung stets durch eine andere Ärztin/ einen anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg gewährleistet, je nach Anwesenheit.

Über folgende Hinweise bin ich informiert und bestätige dies durch meine Unterschrift:

Die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg bietet eine **Behandlung unter dem aktuellsten medizinischen Vorgehen**, informiert und klärt die Patientin/ den Patienten darüber auf, und dokumentiert den Verlauf. Auch die Schweigepflicht fällt hierunter. Medizinisch nicht sinnvolle Behandlungen werden durch die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg nicht erbracht.

Die Behandlungsvereinbarung kann durch die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg aufgehoben werden, wenn bspw. ein beschädigtes Vertrauensverhältnis vorliegt oder wenn Anordnungen der Ärztin/ des Arztes nicht eingehalten werden. Auch ungebührliches Verhalten gegenüber dem Praxispersonal der Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg führt zur Beendigung der Behandlungsvereinbarung. Eine medizinische Notfallbehandlung ist jedoch jederzeit uneingeschränkt und vorbehaltlos möglich.

Ein **respektvolles Verhalten** gegenüber dem Praxispersonal als auch anderen Patientinnen/ Patienten gegenüber **wird vorausgesetzt** und ist unabdingbar für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/ Arzt und Patientin/ Patient. Zudem ist die Praxiseinrichtung pfleglich zu behandeln.

Die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg ist eine Terminpraxis: Bei Vergabe eines Termins wird dieser Termin exklusiv für die Patientin/ den Patienten freigehalten. Wird ein Termin unentschuldigt nicht wahrgenommen, kann die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg ein **Ausfallhonorar** in Rechnung stellen in Höhe von 50 Euro. Die Rechnungsstellung des Ausfallhonorars geschieht über die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV (PVS Niedersachsen). **Das Ausfallhonorar ist von der Patientin/ dem Patienten persönlich zu bezahlen**, die jeweilige Krankenversicherung trägt nicht die Kosten für ein etwaiges Ausfallhonorar.

Die Patientin/ der Patient ist verpflichtet, eine Terminabsage spätestens 48 Stunden vor dem Termin zu tätigen: Entweder telefonisch durch Hinterlassen einer Nachricht auf dem Anrufbeantworter oder per E-Mail an info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de. Überdies ist die Patientin/ der Patient angehalten, pünktlich zum vereinbarten Termin zu erscheinen und die eingeplante Termindauer nicht zu überschreiten. Im Bedarfsfall wird durch die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg ein Folgetermin angeboten.

Grundsätzlich haben Notfallbehandlungen immer Vorrang! Aufgrund unserer zusätzlichen Qualifikation in der Rettungs- und Notfallmedizin sind wir oft erster Anlaufpunkt für Notfälle aller Art. **Trotz sorgfältiger Terminplanung kann es deshalb zu Verzögerungen im Praxisablauf kommen.** Wir bitten Sie, dies entsprechend bei Ihrer privaten Terminplanung zu berücksichtigen. Diesbezüglich kann es auch in Einzelfällen zu sehr kurzfristigen Terminabsagen durch unser Praxisteam kommen. Bei Rettungsdiensteinsätzen in der Praxis sind die Rettungskräfte nicht zu behindern. Schaulustigkeit wird nicht toleriert!

Bestimmte Leistungen können durch die Ärztin/ den Arzt an entsprechend qualifiziertes medizinisches Personal übertragen und delegiert werden – bspw. Impfungen, Blutentnahmen, Haus- und Heimbesuche, EKG, Lungenfunktionstestungen, Belastungsergometrien, Selbstzahlerleistungen sowie die entsprechenden notwendigen Dokumentationen. Die Qualifikationen des medizinischen Personals werden durch die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg gewährleistet.

Atteste, Bescheinigungen oder Gutachten sind in der Regel Selbstzahlerleistungen – eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt nicht und bei privaten Krankenversicherungen in Abhängigkeit von den getroffenen Vertragsvereinbarungen.

Blutentnahmen und Labordiagnostik, welche nicht durch die Ärztin/ den Arzt veranlasst werden, sind Selbstzahlerleistungen. Jedoch werden auch manche medizinisch sinnvolle Untersuchungen nicht durch die Krankenkasse übernommen und sind von der Patientin/ dem Patienten selbst zu zahlen. Hierüber wird im Bedarfsfall ein gesonderter Behandlungsvertrag geschlossen. **Gleiches gilt auch für einige medizinisch sinnvolle Behandlungen, bspw.**

Reiseimpfungen, berufsbedingt notwendige Impfungen, Infusionen oder Injektionen.

Während der Praxisöffnungszeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet zur Vermeidung von langen Warteschlangen. **Die Patientin/ der Patient kann das jeweilige Anliegen auf dem Anrufbeantworter hinterlassen – je nach Dringlichkeit wird dieses Anliegen durch das Praxispersonal bearbeitet.**

Unaufgeforderte E-Mails an die Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg werden nicht bearbeitet. Bestellungen von Folgemedikamenten oder Überweisungen, Terminanfragen oder Nachrichten werden über den Anrufbeantworter während unserer Praxisöffnungszeiten entgegengenommen. Für **Bestellungen von Folgemedikamenten** wird vorzugsweise die **kostenfreie Patienten-App „PatMed“** verwendet (Infos hierzu finden sich auf unserer Website).

Die Bearbeitung der telefonischen Bestellung von Folgemedikamenten erfolgt in der Regel binnen zwei Werktagen durch das Praxispersonal; für Kassenpatienten werden die Rezepte als E-Rezepte ausgestellt. **Die Patientin/ der Patient wird über die kostenfreie E-Rezept-App der Gematik informiert, sobald die E-Rezepte „freigeschaltet“ worden sind.**

Die **Abholung von Überweisungen, Heilmittelverordnungen oder sonstigen Schriftstücken soll bitte erst nach 9 Uhr** erfolgen – somit kann der reibungslose Praxisablauf für Patientinnen/ Patienten mit Termin am Sprechstundenbeginn gewährleistet werden.

Gesetzlich Versicherte sind verpflichtet, einen gültigen Versichertennachweis, z.B. eine gültige Versichertenkarte (eGK) oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis Ihrer Krankenkasse vorzulegen.

Gesetzlich Versicherte sind verpflichtet, die gültige eGK oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis Ihrer Krankenkasse innerhalb von zehn Tagen nachzureichen. Sollte dies nicht innerhalb der zehn Tagesfrist geschehen, werden wir Ihnen bezüglich der von uns erbrachten ärztlichen Leistungen eine Privatrechnung auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte stellen.

Die Rechnungsstellung des Ausfallhonorars geschieht über die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV (PVS Niedersachsen).

Mit der Unterschrift bestätigt die Patientin/ der Patient die Kenntnisnahme der Behandlungsvereinbarung und akzeptiert diese.

Ort und Datum

Unterschrift Patient/in, ggf. des gesetzlichen Vertreters



Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg

Hausärztliche Versorgung
Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg

Dr. med. Simone Modro-Splitt

Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche
Versorgung), Akupunktur, Rettungsmedizin,
Palliativmedizin

Dr. med. Roland Michalski

Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

Dr. med. Gudula Hagemann

Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

Zollnweg 22a
38228 Salzgitter
BSNR 072046600

Tel +49 (0) 5341 / 85 38 0

Fax +49 (0) 5341 / 85 38 20

info@arztpraxis-salgitter-lichtenberg.de
www.arztpraxis-salgitter-lichtenberg.de
Arztpraxis-Salgitter-Lichtenberg.KVN@kv.dox.kim.telematik

Gemeinschaftspraxis SZ-Lichtenberg GbR | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg begrüßen zu dürfen! Um Sie optimal und individuell betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr Praxisteam!

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Zuletzt ausgeübter Beruf

In Rente seit

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Grad der Behinderung (GdB)

Familienstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder?

ja nein

Partner*in/Lebensgefährt*in/Ehepartner*in

Name, Alter und Wohnort der Kinder:

Ernährungsweise
 Mischkost
 vegetarisch
 vegan
 Sonstiges

Treiben Sie Sport?
 nein
 ja, ca. Stunden pro Woche
Sportart **Risikofaktoren?**
 Alkohol
 Übergewicht
 Bewegungsmangel
 Drogen
 Stress
 Schichtarbeit
Rauchen Sie?
 nein
 ja
 aufgehört seit:
Wie viele Zigaretten am Tag? Seit wann? **Gewicht** kg**Größe** cm

Gewicht konstant?

 ja nein**Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonstiges: **Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen/Beeinträchtigungen?**

- | | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose/Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Gemüteserkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkr. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiab. | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. OPs: | <input type="text"/> | | |

Schlafstörungen? nein ja, in Nächten pro Woche.**Allergien?** nein ja:**Nächtliches Schwitzen?** nein ja, seit: **Luftnot b. Treppensteigen?** nein ja, nach Stockwerken. Luftnot in Ruhe**Appetit?** gut schlecht**Stuhlgang?**
 gut
 Durchfall
 Verstopfung
 unregelm.
 schmerzhaft
 Wasserlassen?
 gut
 Inkontinenz
 Tröpfeln
 nächtl. Harndrang
 schmerzhaft

Kommen in Ihrer leiblichen Familie Erkrankungen vor?

- Demenz
- Bluthochdruck
- Herzerkrankung
- Schlaganfall
- Thrombose
- Diabetes
- Asthma/COPD
- Arthrose/Rheuma
- Gemütskrankung
- Schilddrüsenerkr.
- Darmerkrankung
- Krampfanfälle
- Krebserkrankung? Wer? Welche? Welches Alter?

Sonstiges:

Gib es aktuelle Beschwerden oder Symptome, die Sie auf jeden Fall besprechen wollen?

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Name, Adresse):

Sonstige Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse):

Dürfen Befunde von anderen Ärzten angefordert werden? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie einen Organspendeausweis? ja nein

Wann war Ihre letzte...

... Gesundheitsuntersuchung („Check-up“)?

... Darmspiegelung?

... Hautkrebsvorsorge?

... Krebsvorsorge?

Dürfen wir Sie an bspw. Impftermine, Vorsorgen, etc. erinnern? ja nein

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Name, Telefonnummer)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort

Datum

Unterschrift (Patient)