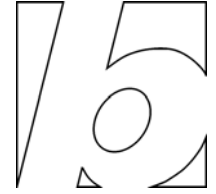




Informationsblatt



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir uns besser **kennenlernen** und eine bestmögliche Behandlung erreichen können, haben wir im Folgenden einige wichtige Punkte zur **Organisation** zusammengefasst. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch und stellen uns gerne noch offene Fragen!

- **Terminabsage:** Wir bitten Sie, einen vereinbarten Termin **spätestens 2 Arbeitstage** vorher abzusagen. Wenn Sie einen Termin ohne Absage versäumt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten dafür in Rechnung zu stellen und einen neuen Termin nur gegen ein Pfand zu vereinbaren.
- Wenn Ihr Untersuchungs- oder Kurstermin **außerhalb der ausgehängten Öffnungszeiten** liegt, nehmen Sie diesen Termin bitte pünktlich wahr und läuten Sie, falls die Eingangstür verschlossen sein sollte.
- Wenn Sie einen Untersuchungs- oder Sprechstundentermin haben, stellen wir Ihnen **Rezepte** unseres Fachgebietes aus. **Ausnahmsweise** können wir **eine** Rezeptbestellung auch ohne Termin bearbeiten. Dazu planen Sie bitte Ihren **Quartalsbedarf** und bestellen Sie unabhängig von den Sprechzeiten per Fax, Anrufbeantworter, Email oder im online-Portal. Für die Bearbeitung benötigen wir einen Arbeitstag.
- Bitte bringen Sie **unbedingt** mit:
 - ✓ jedes Quartal Überweisungsschein (ggf. mit Vermerk „DMP-“ bzw. „HZV-Teilnahme“) **und** Versichertenkarte
 - ✓ Gesundheitspass Diabetes (in der Regel blau), Blutzuckermessgerät und Blutzuckertagebuch
 - ✓ aktueller Medikationsplan mit Barcode, letzte Laborwerte und wichtige Arzt- bzw. Krankenhausberichte
- Um Patientenverwechslungen auszuschließen und zur Befunddokumentation ist eine **Fotodokumentation** sehr wichtig. Die Bilder bleiben ausschließlich in unserer Kartei.

<input type="checkbox"/> Ich bin mit einer Fotodokumentation einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
--	--
- Sie haben verschiedene Möglichkeiten der **Kommunikation** mit uns

<input type="checkbox"/> Ich bin mit einem Faxversand*) einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
<input type="checkbox"/> Ich bin mit einer Kommunikation über Email*) einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
<input type="checkbox"/> Ich bin mit einer Kommunikation über SMS*) einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden

*) Wir übermitteln keine persönlichen Daten! Beachten Sie die Datenschutzbestimmungen der Betreiber!
- Bitte bringen Sie bei Verständigungsschwierigkeiten einen **Dolmetscher** mit!

Translator tercüman wergêr përkthyes Переводчик interpretator مترجم

- Leiden Sie an ...? Nehmen Sie ein ...? (Wir werden dann ggf. genauer nachfragen)

<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeiten	
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel	<input type="checkbox"/> Epilepsie
- Sind Sie damit einverstanden, dass zum Zwecke der bestmöglichen Behandlung und Dokumentation Befunde und Behandlungsdaten mit Ihrem Hausarzt ausgetauscht werden (§73 Abs. 1b SGB V)?

<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
--	--
- Mit wem dürfen wir - falls notwendig - über Ihre Befunde sprechen?

<input type="checkbox"/> mit niemandem	<input type="checkbox"/> mit _____
--	------------------------------------
- Rezepte und Befunde werden wir nur Ihnen persönlich aushändigen. Wollen Sie jemanden bevollmächtigen?

<input type="checkbox"/> _____

- Bitte sagen Sie uns, wenn Ihnen etwas gefallen oder nicht gefallen hat oder wenn Sie Verbesserungsvorschläge haben. **Wir schätzen Ihre Kritik**, denn nur so können wir besser werden.

Ihr Praxisteam Dr. Bickel

verstanden. Datum, Unterschrift _____