



---

## Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, geehrter Patient! Mit diesem Fragebogen sollen die Dringlichkeit und die Dauer Ihrer Untersuchung abgewogen werden. Bitte, senden Sie ihn nur per Post zurück.

Sämtliche Daten werden gespeichert und wie gesetzlich vorgeschrieben, zehn Jahre aufbewahrt. Aufgrund der Möglichkeit, dass Behörden über das Internet Zugriff auf diese Speicher nehmen können, erfolgt die Sicherung auf nicht-zugänglichen Trägern. Intime Daten werden je nach Ausprägung verschlüsselt oder nicht gespeichert.

Name und Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigung \_\_\_\_\_

## **Fragebogen**

### **Zur Familiengeschichte**

**Kennen Sie wesentliche Erkrankungen:**

**1. Ihres Großvaters mütterlicherseits?**

---

**2. Ihrer Großmutter mütterlicherseits?**

---

**3. Desgleichen Ihres Großvaters väterlicherseits?**

---

**4. Ihrer Großmutter väterlicherseits?**

---

**5. Ihres Vaters?**

---

**6. Ihrer Mutter?**

---

**7. Häufen sich schwere Erkrankungen bei Ihren Verwandten?**

---

**8. Haben Sie Geschwister und sind sie gesund?**

---

**9. Haben Sie gesunde Kinder?**

---

**10. Welche Schulen besuchten Sie?**

---

## Fragebogen

**11. Welchen Beruf erlernten Sie? Üben Sie ihn aus?**

---

**12. Haben Sie Hobbies?**

---

**13. Welchen Impfungen unterzogen Sie sich? Bitte das Impfbuch mitbringen.**

---

---

**14. Sind Sie in Ihrer Kindheit erkrankt gewesen? Bitte etwa das Lebensalter.**

---

---

---

**15. Leiden Sie unter Allergien? Wie lange etwa?**

---

---

**16. Mussten Sie sich bisher Operationen unterziehen?**

---

---

---

---

## Fragebogen

**17. Sind Sie oft mit Strahlenbelastung (Röntgen, Mammografie, CT) untersucht worden? Haben Sie einen Röntgenpass?**

---

**18. Welche Medikamente nahmen Sie über einen längeren Zeitraum ein?**

---

---

---

---

**19. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit und ab wann ein?**

---

---

---

---

**20. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen und etwa seit wann?**

---

---

---

---

## Fragebogen

**21. Gab es in Ihrem Leben Unfälle oder seelische Traumata? Ja/nein reicht hier.**

---

**22. Welche Beschwerden führen Sie zu mir?**

---

---

---

---

---

---

---

**23. Verfügen Sie zu den Vorerkrankungen über Untersuchungsbefunde?  
Bitte mitbringen.**

---

---

## Fragebogen

**Geben Sie bitte Ihre Einschätzung zu Folgendem:**

Fragen	ja	nein	Seit wann?	Grad der Schwere von 1-10 1 = keine Beschwerden Ggfs. Körperregion angeben
<b>Beschwerdebeginn</b>				
<b>Schnell</b>				
<b>Langsam</b>				
<b>Hauptsächlich mit körperlichen Symptomen</b>				
<b>Hauptsächlich mit seelischen Symptomen</b>				
<b>Sind Sie eher depressiv oder aggressiv?</b>				
<b>Leiden Sie unter Schlafstörungen?</b>				
<b>Wie viele Stunden können Sie ermüdungsfrei arbeiten?</b>				
<b>Ist Ihr Gedächtnis gut?</b>				
<b>Leiden Sie unter chronischen Kopfschmerzen?</b>				
<b>Unter Hörstörungen?</b>				
<b>An Sehstörungen?</b>				
<b>Ist Ihr Gewicht konstant?</b>				
<b>Treten Muskelschmerzen auf?</b>				
<b>Oder Gelenkschmerzen?</b>				

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Seit wann?</b>	<b>Grad der Schwere von 1-10 1 = keine Beschwerden Ggfs. Körperregion angeben</b>
<b>Leiden Sie unter Hauterkrankungen?</b>				
<b>Unter Haarausfall?</b>				
<b>Nagelwachstumsstörungen?</b>				
<b>Haben Sie häufig Bauchschmerzen?</b>				
<b>Oder saures Aufstoßen?</b>				
<b>Oder Durchfälle?</b>				
<b>Geraten Sie schneller in Atemnot?</b>				
<b>Haben Sie abends geschwollene Beine, Arme, Augenlider?</b>				
<b>Stolpern Sie häufig?</b>				
<b>Leiden Sie unter Störungen der Nerven, z.B. warm/kalt zu empfinden, zittern Ihre Finger, Beine?</b>				
<b>Beißen Sie sich oft auf die Wange oder Zunge?</b>				
<b>Haben Sie häufig Infektionen?</b>				
<b>Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz wohl?</b>				
<b>Treten dort gehäuft gleiche Probleme auf?</b>				
<b>Gibt es Anzeichen von Giften aus der Produktion oder dem Gebäude?</b>				
<b>Gibt es chemische Industrie in Ihrer Nähe?</b>				
<b>Stehen Sie täglich lange im Auto-Stau?</b>				

## **Anlage 1 zum Patientenfragebogen**

**Patient:**

### **Abrechnungshinweise**

#### **1. Allgemeines**

**1.1 Ich behandle Sie privatärztlich, also auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**

**1.2 Es besteht ausschließlich ein Behandlungsvertrag mit Ihnen.**

**1.3 Die von Ihnen im Fragebogen angegebenen Symptome, Syndrome und Erkrankungen sind bisher nicht diagnostiziert worden. Es ist deshalb eine Differenzialdiagnostik durchzuführen; d.h., es werden abgestuft die wahrscheinlichsten Erkrankungen untersucht (Ausschlussdiagnostik).**

**Die zum Einsatz kommenden Diagnosemethoden entsprechen der gegenwärtig vorherrschenden Lehrmeinung. Über hiervon abweichende und finanziell bedeutsame Verfahren unterrichte ich Sie.**

**1.4 Die sich nach der Diagnostik richtenden Therapien umfassen allopathische (schulmedizinische), homöopathische, phytotherapeutische und Verfahren der Naturheilkunde.**

**Über hiervon nicht erfasste und finanziell bedeutsame Behandlungen informiere ich Sie.**

**1.5 Die unter 1.3 und 1.4 benannten Methodiken werden in der Regel von Ihrem Versicherungsvertrag erfasst.**

**Gleichwohl versuchen verschiedene Versicherer zu suggerieren, dass das nicht der Fall ist. Etwa 40 bis 60 % der Kürzungen verstoßen grob gegen die Leistungspflicht. Bitte, nehmen Sie das nicht hin, sondern kontaktieren mich dann.**

#### **2. Besonderes**

**2.1 Seit der letzten Änderung der GOÄ im Jahre 1996 bestehen unterschiedliche Rechts-Auffassungen zur Auslegung des § 12 GOÄ bezüglich der Leistungserbringung.**

**Anlage 1  
zum Fragebogen**



**So soll nach der einen Meinung der Arzt Laboruntersuchungen selbst dann abrechnen können, wenn er sie durch Laborärzte hat erbringen lassen.**

**Nach anderen Ansichten darf er Analysen jedoch nur dann liquidieren, wenn er sie persönlich durchgeführt hat. Dies soll insbesondere für solche aus den Abschnitten M III und M IV GOÄ gelten.**

**2.2 Ich verfare deshalb vorsorglich seit Jahren wie folgt:**

**Ich erbringe persönlich sämtliche Leistungen in einem zertifizierten Labor. Hierüber liegt eine Bescheinigung des Labors vor. Zusätzlich verfüge ich über eine Umgangsberechtigung mit radioaktiven Stoffen zu analytischen Zwecken. Sämtliche Untersuchungen werden von mir entsprechend auch persönlich validiert. Das Labor erhält einen Teilbetrag für die Nutzung der Analysengeräte. Diese Tätigkeit ist der Ärztekammer Nordrhein angezeigt.**

**Mit dieser Verfahrensweise ist es möglich, unklare oder bedeutsame Befunde zu wiederholen, denn aus dem erst-genommenen Blut können noch Wochen später weitere Analysen erfolgen und so die Ursachen schrittweise weiter eingegrenzt werden. Damit bleiben Ihnen mehrfache Blutentnahmen und Fahrten in das Labor erspart. Nur so ist eine Diagnosesicherheit gewährleistet, denn der Laborarzt kennt Ihre Krankengeschichte nicht.**

**2.3 Bei diesem Vorgehen zeigt sich möglicherweise, dass zusätzliche Untersuchungen notwendig werden, die ich nicht erbringen kann und deshalb an andere Ärzte delegiere. Erfahrungsgemäß macht das nur einen geringen Teil der Analysen aus. Ich muss Sie hierüber aber informieren, weil sonst der Vorwurf des Betruges erhoben werden könnte. Ihre Daten werden von mir sicher kodiert weitergegeben.**

**2.4 Aufgrund meiner arbeitstechnischen Belastungen, kann es dazu kommen, dass ich einen Kollegen mit der Auswertung der Diagnostik (Labor, EKG, Sonografie, Doppler-Sonografie, Thermografie, Blutgasanalysen pp) und der Ausarbeitung von Therapieplänen beauftrage. Diese werden dann mit ihm diskutiert, so dass mein persönlicher Untersuchungseindruck von Ihnen nicht verloren geht. Es geht auch um eine Diagnosesicherheit, wenn wir Diskrepanzen ggfs. in einer nochmaligen Untersuchung abklären.**

**Nach der jetzigen Tendenz in den Rechtsauffassungen haben wir uns entschlossen, dass dieser Kollege Ihnen gegenüber seine Leistungen selbst liquidiert.**

**Anlage 1  
zum Fragebogen**

### **3. Einverständniserklärung des Patienten**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Herr Dr. Bruckermann entsprechend der obigen Ziffern 2.3 und 2.4 spezielle Labor-Untersuchungen durch andere Ärzte durchführen lässt und diese an mich weiter berechnen.**

Ort, Datum

(Unterschrift)

**Anlage 1  
zum Fragebogen**