



PatientInneninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Untenstehend finden sie einige Informationen, die für Ihre Behandlung in unserer Ordination von Bedeutung sein können. Bitte lesen Sie diese genau durch und zögern Sie nicht um nähere Erklärung zu bitten, sollten für Sie Unklarheiten bestehen oder Sie weitere Fragen haben.

- Kurze Behandlungsverlaufsberichte an die überweisende Ärztin oder den überweisenden Arzt oder für die Krankenkasse bei Vorlage einer schriftlichen Anforderung durch diese sind für Sie kostenfrei. **Bitte beachten Sie, dass ausführlichere Befunde oder Befunde für andere Stellen in der Regel Privatleistungen sind und bezahlt werden müssen.**
- Es ist uns ein wichtiges Anliegen, die Wartezeiten für Sie so kurz wie möglich zu halten. Zu kurzfristige Absagen und das Nichterscheinen ohne Absage zwingen uns zu Überbuchungen, die wiederum die Wartezeiten für alle Patienten verlängern. Aus diesem Grund bieten wir Ihnen an, vor ihrem vereinbarten Termin auch eine Erinnerungs-SMS zuzuschicken. Bitte beachten Sie daher aber auch folgende Absageregulung:
 - **Wir ersuchen um möglichst frühzeitige Absage, wenn sie Ihren Termin nicht einhalten können. Notfalls ist eine Absage bis Ordinationsschluss drei Ordinationstage vor ihrem Termin möglich. Aus organisatorischen und datenschutzrechtlichen Gründen kann die Terminabsage ausschließlich über das Online-Formular oder, während der Ordinationszeiten, auch telefonisch unter 01 8907313 erfolgen.**
 - Bitte haben sie Verständnis, dass wir **bei zweimaliger Nichteinhaltung der Absageregulung innerhalb von sechs Monaten für ein Jahr keinen neuen Termin vergeben können und wir uns auch vorbehalten müssen im gehäuften Wiederholungsfall kurzfristiger Absagen die weitere Betreuung überhaupt in Frage zu stellen.**
- Im Zuge Ihrer Behandlung kann es sein, dass Ihnen Medikamente verschrieben werden, welche Ihre Psyche günstig beeinflussen sollen. Grundsätzlich gilt für alle Medikamente mit Wirkung auf das Zentralnervensystem (wie auch für viele Nicht-Psychopharmaka), dass diese die Bedienung von Maschinen und die Verkehrstauglichkeit beeinflussen können. Der Warnhinweis ⚠ auf der Packung macht auf dieses Risiko aufmerksam. Bei vielen Psychopharmaka ist dies gering und vor allem in der Einstellungsphase gegeben. Ein höheres Risiko hierfür haben aber alle Medikamente, die beruhigende und müde-machende Wirkungen aufweisen. Auch bei diesen sinkt häufig das Risiko wieder deutlich, wenn Sie die Medikamente längere Zeit gleichmäßig einnehmen. Dennoch kann es sein, dass für Sie ein juristischer Rechtfertigungsdruck entsteht sollten Sie in einen Unfall verwickelt werden. **Daher gilt grundsätzlich, dass Sie jedenfalls für einige Tage (bei müde-machenden und beruhigenden Medikamenten mitunter auch einige Wochen oder dauerhaft), Ihre Eignung und ihr Vermögen zur Bedienung von Maschinen oder dem Lenken eines Fahrzeugs kritisch beurteilen und im Zweifel davon Abstand nehmen sollten, wenn sie ein Medikament neu verordnet bekommen haben oder die Dosierung verändert wurde.** Wenn Sie diese Regel beachten sollte es im Alltag keine Probleme oder Gefährdungen geben. Eine weitergehende Rechtssicherheit können Sie noch gewinnen, wenn Sie sich Ihre Tauglichkeit mittels einer **verkehrspsychologischen Untersuchung** bestätigen lassen, wobei jedenfalls das sogenannte "krafftahrspezifische Leistungsvermögen" mit Testverfahren gemessen wird. Hierfür können aber erhebliche Kosten anfallen.
- **Sollte es im Laufe Ihrer Behandlung zu irgendwelchen Änderungen Ihrer Versicherungsdaten oder Adresse, Kontaktdaten und Telefonnummer kommen, bitten wir Sie um ehestmögliche Mitteilung** damit Ihre Schriftstücke richtig ausgestellt werden und wir Sie im Bedarfsfall auch immer sicher erreichen können. Sie können Ihre Daten jederzeit problemlos auch über unser online-Formular aktualisieren.



- **Wir ersuchen Sie mich auch im Behandlungsverlauf selbstständig und aktiv auf alle schwerwiegenderen oder chronischen Erkrankungen die sich ereignen oder bei Ihnen neu auftreten, alle neuen Allergien und Unverträglichkeiten und alle durch andere Ärzte neu verschriebenen oder veränderten Medikamente, sowie alle Veränderungen unter einer laufenden Therapie, welche möglicherweise einer Nebenwirkung entsprechen könnten, hinzuweisen. Bitte machen Sie mich auch auf alle Änderungen Ihrer familiären oder sozialen Umstände, die für Sie von Belastung oder von Bedeutung sind, aufmerksam.**
- **Wenn Sie von uns medikamentös behandelt werden, bitte setzen Sie die Medikamente nicht selbstständig und ohne Rücksprache ab. Eine nicht abgesprochene Dosisveränderung oder ein selbstständiges Absetzen kann vermeidbare und unangenehme Beschwerden verursachen, Ihren Behandlungserfolg gefährden oder zunichte machen und möglicherweise sogar gefährliche Folgen für ihre psychische und körperliche Gesundheit haben.** Bitte reden Sie vorher mit uns wann immer es möglich ist. Wir werden Ihre Anliegen immer verständnisvoll und verantwortungsbewusst abwägen und Sie bestmöglich beraten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, Obenstehendes gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.

Name: _____ Ort, Datum: _____

Bitte kreuzen Sie an und füllen Sie aus:

- **Hausärztin/Hausarzt:** (AdressatIn für Arztbriefe/Verlaufsberichte)

Name: _____ PLZ: _____

Ich bin damit einverstanden das Verlaufsberichte an oben angegebene Person zugeschickt werden

- **Ich möchte Befunde oder Verlaufsberichte ausschließlich persönlich entgegennehmen.** Mir ist bewusst, dass solche Befunde in der Regel keine Kassenleistung sind und bezahlt werden müssen.

- **Ich habe einen Erwachsenenschutzbeauftragten/Sachwalter:**

Name: _____ PLZ: _____

- **Ich bin damit einverstanden, bis auf Widerruf per SMS kontaktiert zu werden.**

- **Ich bin NICHT damit einverstanden, per SMS zur Terminerinnerung kontaktiert zu werden.**

- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bis auf Widerruf zu Dokumentations- und Behandlungszwecken verarbeitet werden dürfen.**

- **Ich bin bereits bei der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) abgemeldet und daher nicht betroffen.**

- **Ich habe das Informationsblatt zu der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) erhalten und werde im Rahmen des Arztgesprächs den Umgang mit der Möglichkeit eines „situationales Opt-out“ besprechen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit obenstehender Angaben.

Name: _____ Ort, Datum: _____