

Behandlungsvertrag Jahr 2020



zwischen Dr. med. Holger Spittank, Sternstr. 22, 48145 Münster

und

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die Berechnung von Untersuchungen und Behandlungen erfolgt auf der Grundlage der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können laut §6 (2) GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden (Analogziffern). Hierüber erhalten Sie unmittelbar eine ordentliche Rechnung. Diese ist ebenso unmittelbar und vor Ort mittels EC-Karte im EC-Cash-Verfahren (hierzu benötigen wir EC-Karte und PIN-Nummer) zu begleichen.

Wir bieten unter anderem auch Diagnose- und Therapie-Verfahren an, die von der „Schulmedizin“ und den Erstattungsstellen nicht anerkannt sind. Ein Heilversprechen ist damit nicht verbunden und eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Die Forderungen müssen vom Patienten auch dann voll bezahlt werden, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in vollem Umfang erfolgt. Befundberichte werden ausschließlich zur Übermittlung medizinischer Daten und nicht zum Zwecke des Erstattungserfolges z. B. bei der PKV erstellt.

Gesetzlich versicherte Patienten haben keinerlei Anspruch auf eine Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse, wengleich im Einzelfall eine Erstattung möglich ist.

Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus diesem Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens des Patienten, soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen, nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet.

Wir planen für Diagnostik und Therapie individuelle Zeitspannen ein. Eine pünktliche Wahrnehmung der Termine ist daher unerlässlich. Wir bitten darum, uns Terminänderungen bzw. Terminabsagen mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen. Andernfalls sind wir berechtigt, ein Ausfallhonorar in Höhe der vorgesehenen Leistung zu berechnen.

Der Behandlungsvertrag gilt für das laufende Kalenderjahr als geschlossen sofern kein Widerruf durch Sie erfolgt. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Datum	Unterschrift der Patienten / des Patienten oder gesetzlicher Vertreter/in
-------	---

Datum	Unterschrift Dr. Holger Spittank
-------	----------------------------------

Informationen zum Datenschutz



Einwilligung zur Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung gemäß DSGVO:

Dr. med. Holger Spittank, Sternstr. 22, 48145 Münster, Telefon: 0251-2979730000 Fax: 0251-2979730010, E-Mail: praxis@dr-spittank.de Internet: www.dr-spittank.de

2. Zweck der Datenverarbeitung gemäß DSGVO:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen / Behandlungsberichten etc.). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten gemäß DSGVO:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie hierzu eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Therapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Berufsgenossenschaften, Ärztekammern, Beihilfestellen und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten gemäß DSGVO:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte gemäß DSGVO:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Telefon: 0211-38424-0, Fax: 0211/38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de, Internet: www.ldi.nrw.de.

5. Rechtliche Grundlagen gemäß DSGVO:

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Tragen Sie hier bitte Ihre Personendaten und die Ihres Kindes ein oder korrigieren Sie die voreingetragenen Angaben zur Berichtigung:

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in, wenn abweichend

Ich habe die vorstehende Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift in die Erhebung personenbezogener Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten durch die Praxis für Manuelle Medizin & funktionelle Orthopädie, Dr. med. Holger Spittank, ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Münster, den	
Datum	Ihre Unterschrift

Anamnese



das 5. bis 12. Lebensjahr meines Kindes

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in

Um uns einen Überblick über den Gesundheitszustand Ihres Kindes im fünften bis zwölften Lebensjahr machen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten:

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen von Dauer festgestellt worden?

--

(z. B. chronische Erkrankungen, Anlagefehler des Herzens und der großen Gefäße, rheumatische Erkrankungen, Hauterkrankungen, Allergien, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen etc. ...)

Ist Ihr Kind häufig krank? Was fehlt ihm?

--

(z. B. häufige Erkältungen / Infekte der Atemwege, HNO-Erkrankungen, Stuhlnormregelmäßigkeiten, Verstopfungen / Durchfälle, Blaseninfektionen etc. ...)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Medikamente bei Bedarf? Was?

--

(z. B. Medikamente zur Therapie chronischer Erkrankungen, Antibiotika, Schmerzmedikamente etc. ...)

Ist oder war Ihr Kind bereits in augenärztlicher Behandlung? Hat oder hatte es eine Sehhilfe / Brille?

--

(was wurde festgestellt?, wie wurde ein Sehfehler korrigiert, in welchen zeitlichen Abständen wird der Befund kontrolliert?)

Ist oder war Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Hat oder hatte es eine Zahnspange / Retainer?

--

(z. B. Behandlung mittels loser oder fester kieferorthopädischer Apparate, Aufbissbehelfe, Aufbiss-Schienen etc. ...)

Ist oder war Ihr Kind bereits in orthopädischer Behandlung? Was wurde festgestellt, was behandelt?

--

(z. B. Behandlung mittels Physiotherapie, Massagen, Skoliosebehandlung, Korsettversorgung, korrigierende oder sensomotorische Einlagen, andere orthopädische Hilfsmittel etc. ...)

Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten
-------	---

Verhalten meines Kindes



Sehr geehrte Eltern,

das vorliegende Formular „Verhalten meines Kindes“ bitten wir Sie zu jedem Besuch erneut auszufüllen, wenn sich Ihr Kind im Schulalter (bis einschließlich zum 12. Lebensjahr) befindet.

Sie ermöglichen uns damit einen umfassenden Einblick, wie es in Ihrem Alltag, daheim und in der Schule, „so läuft“. Idealerweise füllt immer die gleiche Bezugsperson das Formular aus.

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Ihre Beobachtung! Mein Kind...	Stärkegrad der Aktivität (bitte ankreuzen)			
	0	1	2	3

... ist rastlos, unruhig, stetig in Bewegung.				
---	--	--	--	--

... ist reizbar, erregbar, impulsiv.				
--------------------------------------	--	--	--	--

... stört andere Kinder.				
--------------------------	--	--	--	--

... beendet angefangene Aufgaben nicht.				
---	--	--	--	--

... zappelnd andauernd.				
-------------------------	--	--	--	--

... ist unaufmerksam und / oder leicht ablenkbar.				
---	--	--	--	--

... kann nicht abwarten, ist rasch enttäuscht.				
--	--	--	--	--

... zeigt wütendes, explosives, unüberlegtes Verhalten.				
---	--	--	--	--

... weint schnell, ist schnell verzweifelt.				
---	--	--	--	--

... hat abrupte / drastische Stimmungsschwankungen				
--	--	--	--	--

Summe der Punkte	
------------------	--

Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten
-------	---

Aufklärung & Einwilligungserklärung



Manuelle Medizin / Chirotherapie Ihres Kindes

Sehr geehrte Eltern,

Im Vorfeld haben wir ausführliche Informationen im Rahmen der individuellen Patientengeschichte (sog. Anamnese) und der Familie (sog. Familienanamnese) erfragt. Im Rahmen der allgemein ärztlichen sorgfältigen Diagnostik, der fachärztlich orthopädischen Diagnostik sowie der manualmedizinischen Diagnostik haben wir Befunde in Ihrer Anwesenheit erhoben, und diese miteinander sorgfältig besprochen. Sie haben uns ggfs. Ihnen vorliegende Fremdbefunde / Berichte zur Verfügung gestellt und auch diese sind im Kontext des allgemeinen und aktuellen Befundes Ihres Kindes berücksichtigt worden.

Das Vorliegen familiärer / genetischer Erkrankungen insbesondere Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Osteogenesis imperfecta, Morbus von Recklinghausen, fibromuskulärer Dysplasie und einer polycystischen Nierenerkrankung haben wir durch eine sorgfältige Familienanamnese und den Ausschluss individueller Stigmata ausschließen können.

Vor jeder Therapie verlangt die aktuelle Rechtsprechung eine „offene und schonungslose“ Aufklärung über die Risiken einer jeden Behandlung. Auch sehr seltene Risiken und die möglichen Folgen einer Behandlung sollen im sog. Aufklärungsgespräch behandelt werden. In diesem Gespräch haben wir neben den Risiken auch Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung sowie mögliche therapeutische Alternativen erörtert.

Welche Voruntersuchungen sind nötig?

Die bereits erfolgten und / oder ggfs. noch folgenden eingehenden und sorgfältigen Untersuchungen dienen der Erhebung eines detaillierten Befundes und dem Ausschluss von Hinderungsgründen für eine manualmedizinische / chirotherapeutische Behandlung (sog. Kontraindikation). Ggfs. haben wir anhand einer eigens angefertigten Röntgenaufnahme oder anhand uns vorliegenden Röntgenfremdbefunden zusätzliche Erkenntnisse gewinnen können, die uns Aufschluss über die individuelle Anatomie und die funktionsmorphologischen Besonderheiten Ihres Kindes gegeben haben.

Was ist Manuelle Medizin / Chirotherapie?

Die ärztliche Manuelle Medizin beschäftigt sich mit der Befunderhebung und Behandlung am Bewegungssystem des Menschen. Durch Tasten, Fühlen, Bewegen werden sog. Muskelverspannungen, Haut- und Unterhautverquellungen, Irritationspunkte, Fehl- und Minderfunktionen von kleinen und großen Gelenken und der Wirbelsäulengelenke (sog. Blockierungen) festgestellt. Diese manualmedizinischen Befunde haben wir in Relation zu den individuellen Beschwerden / Beobachtungen gesetzt, eine ärztliche Diagnose gestellt und ein manualmedizinisches Behandlungskonzept mit Ihnen besprochen. Die manualmedizinische Therapie zielt auf die Wiederherstellung sowohl der Gelenkfunktion, als auch der Wiederherstellung der Funktion des Nervensystems im Rahmen eines neurophysiologischen Gesamtkonzeptes. Die Therapie korrigiert die Funktionsstörung, hat das Ziel die physiologische Gelenkbeweglichkeit herzustellen und ermöglicht damit durch Normalisierung mechanorezeptiver und nozizeptiver Signale eine Rückkehr zu gesunder, neurologischer Funktion auf segmentaler und globaler Ebene. Funktionsstörungen können an allen Abschnitten der Wirbelsäule und auch an den großen und kleinen peripheren Gelenken vorkommen und mit der Hand (manuell), mit speziellen Instrumenten oder unter Zuhilfenahme spezieller Behandlungstische behandelt werden. Hierzu werden mobilisierende und manipulierende Techniken angewendet.

Die Behandlung unter Anwendung manueller Techniken gehört zu den risikoärmsten Therapien in der Medizin. Risiken ergeben sich, wie bei fast allen medizinischen Eingriffen, aus zuvor nicht erkannten Grunderkrankungen, die für sich und in Kombination mit der Behandlung ernsthafte Komplikationen zur Folge haben können.

bitte wenden zur Seite 2!

Für die Behandlung an der gesamten Wirbelsäule sind dies insbesondere:

- unerkannte, sog. klinisch stumme, Bandscheibenvorfälle, die durch die Behandlung symptomatisch werden können und neurologische Symptome (im schlimmsten Fall periphere Lähmungen) zur Folge haben können.
- unerkannte, sog. klinisch stumme, Gefäßeinrisse der hirnversorgenden Gefäße, die durch die Behandlung symptomatisch werden können und neurologische Symptome (im schlimmsten Fall zentrale Lähmungen) zur Folge haben können.
- unerkannte, sog. klinisch stumme, Tumore, Entzündungen, Fehlbildungen, Frakturen, die durch die Behandlung erst symptomatisch werden können.

Was sind die Alternativen? Gibt es andere Behandlungsmethoden?

Funktionsstörungen an der gesamten Wirbelsäule sowie den kleinen und großen peripheren Gelenken können auch durch physiotherapeutische, osteopathische und andere Maßnahmen sowie durch andere (nicht ärztliche) Berufsgruppen erfolgreich behandelt werden. Manualmedizinische Therapie und andere (ärztliche und nicht ärztliche) Behandlungen schließen sich nicht aus und können ggfs. sinnvoll kombiniert werden um das individuell beste Behandlungsergebnis zu erreichen.

Worauf ist nach der Behandlung zu achten?

Sie sollten sich nach einer Behandlung noch gute 20 Minuten in der Praxis aufhalten. Sollten bei Ihrem Kind im Anschluss an die Behandlung Schmerzen, Schwindel, Verhaltensauffälligkeiten oder eine unerklärliche Müdigkeit auftreten informieren Sie uns bitte unverzüglich. Bei Auftreten Ihnen unklarer Auffälligkeiten nach Verlassen der Praxis informieren Sie uns bitte unverzüglich. Sollten wir nicht erreichbar sein und Ihnen die Auffälligkeiten erhebliche Sorgen bereiten kontaktieren Sie bitte den ärztlichen Notfalldienst oder suchen die Notaufnahme eines Krankenhauses auf.

Über die geplante manualmedizinische Behandlung hat mich Herr Dr. Holger Spittank in einem Aufklärungsgespräch ausführlich und allumfänglich aufgeklärt.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung, über allgemeine und spezielle Risiken und mögliche Komplikationen stellen. Behandlungsalternativen wurden mir ebenfalls erläutert.

Ich habe keine weiteren Fragen und bin in verständlicher Form und umfassend informiert.

In die vorgeschlagene manualmedizinische / chirotherapeutische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Name	Vorname	Straße	PLZ

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ

Patient/in

Datum	Unterschrift der Patienten / des Patienten oder gesetzlicher Vertreter/in

Datum	Unterschrift Dr. Holger Spittank

Aufklärung & Einwilligungserklärung

Röntgenuntersuchung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Im Rahmen der allgemein ärztlichen sorgfältigen Diagnostik, der fachärztlich orthopädischen Diagnostik sowie der manualmedizinischen Diagnostik haben wir Befunde in Ihrer Anwesenheit erhoben, und diese miteinander sorgfältig besprochen. Evtl. vorliegende Fremdbefunde und / oder Fremdbildmaterial auswärtiger Röntgenuntersuchungen haben wir befundet / ausgewertet.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse möchten wir nach sorgfältiger Risikoabwägung zur weiteren Abklärung eine Röntgenuntersuchung durchführen. Die rechtfertigende Indikation, wie sie die Röntgenverordnung (§23 RöV) und die Strahlenschutzverordnung (§80 StrlSchV) vorsehen, liegt vor.

Im Folgenden einige Informationen:

Beim Röntgen wird ein kontrollierter, einige Millisekunden andauernder Röntgenstrahl zur bildlichen Darstellung Ihres Körperinneren, bzw. -teilen hiervon, auf die zu untersuchende Körperregion geschickt. Auf diese Weise lassen sich Gestalt und Veränderungen von Knochen und Organen darstellen. Die Gefährlichkeit ist gering. Im Lauf seines Lebens nimmt der Mensch ca. 100 Millisievert (Maßeinheit für Strahlenbelastung) auf. Bei einer Röntgenuntersuchung liegt dieser Wert bei ca. 2 Millisievert und ist damit sehr gering und lokal beschränkt. Körperteile, die nicht untersucht werden, werden durch entsprechende Strahlenschutzmittel geschützt.

Während der Röntgenaufnahme darf die zu untersuchende Körperregion nicht bewegt werden, um ein Verwackeln der Aufnahme zu vermeiden. Sollten Sie als Elternteil oder Betreuer eines Patienten anwesend sein, müssen Sie sich während der Aufnahme im Sicherheitsbereich aufhalten. In Ausnahmefällen dürfen Eltern mit Bleischutz (bei ausgeschlossener Schwangerschaft) bei der Untersuchung eines Säuglings oder Kleinkindes im Röntgenraum anwesend sein.

Was wir von Ihnen wissen müssen:

Wurde schon einmal im selben Körperbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit, dass sie schwanger sind?	<input type="checkbox"/> ungewiss	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind, teilen Sie uns dies sofort mit. Eine Röntgenuntersuchung werden wir dann nicht durchführen. Andere Untersuchungsmöglichkeiten und das weitere Vorgehen besprechen wir mit Ihnen.

Ich habe keine weiteren Fragen und bin in verständlicher Form und umfassend informiert.
In die indizierte Röntgenuntersuchung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
------	---------	--------	-----	-----

Patient/in

Datum	Unterschrift der Patienten / des Patienten oder gesetzlicher Vertreter/in
-------	---

Datum	Unterschrift Dr. Holger Spittank
-------	----------------------------------

COVID-19-Verdachtsabklärung

gemäß RKI¹-Empfehlungen



Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort

Patient/in

Um uns aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch den neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, und die durch diesen verursachte Erkrankungen (COVID-19), einen Überblick über Ihren / den Gesundheitszustand Ihres Kindes machen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten:

Zeigen Sie / zeigt ihr Kind aktuell Erkrankungszeichen wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Muskel- & Gelenkschmerzen, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, verstopfte Nase, Durchfall?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Zeigen Sie / zeigt ihr Kind aktuell akute Zeichen einer Beeinträchtigung der Atemwege (jeden Schweregrades)?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Zeigten Sie / zeigte ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Erkrankungszeichen wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Muskel- & Gelenkschmerzen, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, verstopfte Nase, Durchfall?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie / hatte ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall oder einer unmittelbaren Kontaktperson eines COVID-19-Falles?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Hatten Sie / hatte ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die sich in den internationalen Risikogebieten² oder den besonders betroffenen Gebieten Deutschlands³ aufgehalten hat oder haben Sie selbst / Ihr Kind sich in den vergangenen 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet² / einem besonders betroffenen Gebiet Deutschlands³ aufgehalten?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Sollten Sie eine der voranstehenden Fragen mit „ja“ beantwortet haben sind Sie / ist Ihr Kind als begründeter Verdachtsfall gemäß Empfehlungen des RKI¹ einzustufen! Damit ist eine Diagnostik & ggfs. Therapie durch uns aktuell leider ausgeschlossen und Ihnen der Zugang zur Praxis aus Gründen des Infektionsschutzes untersagt! Bitte nehmen Sie umgehend telefonisch Kontakt mit Ihrem Hausarzt / dem Kinderarzt Ihres Kindes auf, um die weitere Vorgehensweise zu besprechen. Vermeiden Sie ab sofort Kontakt zu anderen Personen, um diese zu schützen!

Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten

¹Robert-Koch-Institut

^{2&3} tagesaktuell unter <http://www.rki.de>

COVID-19-Verdachtsabklärung



Erfassung von Begleitpersonen

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort

Patient/in

Die aktuelle Gefährdungslage durch den neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, und die durch diesen verursachte Erkrankungen (COVID-19), erfordert von uns die sorgsame Überwachung aller Kontakte zu Patienten und Begleitpersonen, um im Bedarfsfall / Infektionsfall schnellstmöglich reagieren zu können. Hiermit wollen wir einen Beitrag zur Unterbrechung von möglichen Infektionsketten leisten und müssen daher schon im Vorfeld Ihre Daten erfassen.

Bitte tragen Sie hier die Kontaktdaten aller in der Praxis zum heutigen Tage anwesenden Personen ein:

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
Rufnummer Festnetz	Rufnummer Mobilfunk	E-Mail-Adresse		

Kontaktperson 1

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
Rufnummer Festnetz	Rufnummer Mobilfunk	E-Mail-Adresse		

Kontaktperson 2

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
Rufnummer Festnetz	Rufnummer Mobilfunk	E-Mail-Adresse		

Kontaktperson 3

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort
Rufnummer Festnetz	Rufnummer Mobilfunk	E-Mail-Adresse		

Kontaktperson 4

Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten