

# INTERNISTISCHE PRAXISGEMEINSCHAFT

PD DR. MED. STEFAN KLEINERT  
DR. MED. PRAXEDIS RAPP  
DR. MED. MONIKA RONNEBERGER  
DR. MED. FLORIAN SCHUCH  
DR. MED. JÖRG WENDLER  
Internisten - Rheumatologie  
Osteologie

DR. MED. STEPHAN HORN  
DR. MED. CHRISTIAN WULFF  
Internisten - Nephrologie Hypertensiologie(DHL)

[www.PGRN.de](http://www.PGRN.de)  
91056 ERLANGEN  
MÖHRENDORFER STR. 1c  
Telefon: 09131 / 89 000  
Telefax: 09131 / 89 0050

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben einen Termin in unserer Praxis vereinbart.

Gerne informieren wir Sie über die Abläufe in unserer Praxis vorab. Weitere Informationen auch über die Anfahrt entnehmen Sie bitte unserer Homepage.

Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend um Absage des Termins! So verhelfen Sie auch anderen Patienten zu einem schnelleren Termin. Sie können Ihren Termin über Telefon (09131-89000), schriftlich per Brief, Fax (09131-890050) oder Email ([service@pgrn.de](mailto:service@pgrn.de)) absagen. Bitte berücksichtigen Sie die Notwendigkeit der Terminabsage, Ihr Termin ist speziell für Sie reserviert.

Bei Nicht-Absage Ihres Termins mindestens 48 Stunden vorher behalten wir uns vor, Ihnen eine Rechnung gemäß Leistungsziffer 3 (Eingehende Beratung 20,10€) und 8 (Erhebung Ganzkörperstatus 34,84€) der GOÄ als Ausfallshonorar zu stellen.

Ihr Praxisteam

**Informationen zum Ablauf in unserer Praxis**

- Bitte kommen Sie 10 bis 15 Minuten vor dem Termin, um schon die notwendigen Verwaltungsschritte bei der Anmeldung zu erledigen

---

- Planen Sie für Ihren Erstbesuch ca. 2h ein. Zusätzlich sind die Zeiten für eine eventuelle Blutentnahme sowie apparative Diagnostik wie Ultraschall und Röntgen zu berücksichtigen
- Bitte kommen Sie nicht nüchtern zur Untersuchung, eine leichte Mahlzeit ist möglich. Die Einnahme Ihrer Medikamente sollten Sie wie gewohnt durchführen.

---

- Das Spektrum der Erkrankungen in der Nephrologie und Rheumatologie ist sehr groß, so dass eine genaue Erfragung der Krankengeschichte und körperliche Untersuchung unumgänglich sind. Richten Sie sich darauf ein, dass Sie sich für die körperliche Untersuchung bis auf die Unterwäsche ausziehen werden. Für den ersten Besuch sind 30 Minuten Arzt-Patientenkontakt eingeplant. Manchmal benötigen wir abhängig von der Erkrankung deutlich mehr Zeit, manchmal weniger. Bitte haben Sie Verständnis, dass es daher trotz eines festen Termins zu Wartezeiten in der Praxis kommen kann.

**Checkliste zum Mitbringen**

- Stichpunktartige Auflistung Ihres Erkrankungsverlaufes, Ihrer Vorerkrankungen, Operationen, Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten
- 
- Ausgefüllter Anamnesebogen (die letzten beiden Seiten dieses Dokuments, nur für Rheumatologie)
  - Aktueller Medikamentenplan
  - Versichertenkarte und gültige Überweisung
  - Röntgenpass
  - Röntgenbilder, sofern sie mit zu den aktuellen Beschwerden veranlasst wurden
  - Schriftliche Vorbefunde: hier sind auch Informationen zu anderen evtl. vorhandenen Erkrankungen hilfreich
  - Falls Sie möchten, dass wir auch anderen Personen über Sie Auskunft erteilen: bringen Sie bitte das ausgefüllte Blatt zur Entbindung von der Schweigepflicht mit (folgende Seite dieses Dokumentes)
  - Wenn benötigt: Lesebrille, Dolmetscher, Lektüre ...
-

**Sofern gewünscht:  
Entbindung des Arztes von seiner Schweigepflicht gegenüber  
anderen Personen**

Patienten-ID: [wird von Praxis ausgefüllt]

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

meinen behandelnden Arzt, gegenüber Herrn/Frau

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

- Lebensgefährte/Ehepartner
- Tochter/Sohn
- sonst. Angehörige/r

von der ärztlichen Schweigepflicht. Die o.g. Person/en ist/sind berechtigt, Auskunft über sämtliche meine Gesundheit/Krankheit betreffende Angaben einzuholen, ggfls. auch telefonisch oder per Telefax unter den angegebenen Rufnummern.

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte zur Erstvorstellung Rheumatologie ausgefüllt mitbringen!**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: erlernt: \_\_\_\_\_ ausgeübt: \_\_\_\_\_

Umschulung zu \_\_\_\_\_

aktuell:  Vollzeit  Teilzeit: \_\_\_\_\_ Wochenstunden

berentet, seit \_\_\_\_\_ (wegen \_\_\_\_\_)

Arbeitsunfähigkeit: aktuell seit \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

in den letzten 12 Monate \_\_\_\_\_ Wochen wegen \_\_\_\_\_

Behinderungsgrad: \_\_\_\_\_ festgestellt \_\_\_\_\_ (Jahr) wegen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Kinder: Zahl \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

aktuelles Körpergewicht : \_\_\_\_\_ kg aktuelle Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

(Frauen: Menopause seit \_\_\_\_\_ )

Medikamentenallergien/-unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen und Unfälle (mit Jahresangabe): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impfungen:

Influenza/Grippe  Pneumokokken  andere \_\_\_\_\_

schwere Infektionen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Chronische Krankheiten:**

**Herz-Kreislauf:**

Bluthochdruck: seit \_\_\_\_\_

Blutdruckmessung wird durchgeführt: selbst  (\_\_\_mal täglich) / Arzt

Herzinfarkt: \_\_\_\_\_

Schlaganfall \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-Hormone**

Fettstoffwechsel:  Cholesterinerhöhung ( Triglyceriderhöhung)

Diabetes mellitus: Typ\_\_\_\_\_ seit\_\_\_\_\_

Schilddrüse:  Überfunktion seit\_\_\_\_\_  Unterfunktion seit\_\_\_\_\_

OP\_\_\_\_\_

**Lunge:**  Asthma seit\_\_\_\_\_  chron. Bronchitis seit\_\_\_\_\_  Tuberkulose\_\_\_\_\_

andere\_\_\_\_\_

Nikotin von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ -seit:\_\_\_\_\_, aktuell \_\_\_\_\_ Zigaretten/\_\_\_\_\_ pro Tag **Magen-**

**Darm:**\_\_\_\_\_

M.Crohn  Colitis ulcerosa  Magen- Zwölffingerdarmgeschwür

**Leber:**\_\_\_\_\_ Hepatitis\_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:\_\_\_\_\_

**Niere:**\_\_\_\_\_

**Auge:** grauer Star\_\_\_\_\_ grüner Star\_\_\_\_\_ andere\_\_\_\_\_

**Haut:**\_\_\_\_\_

Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) früher  aktuell  (Ort\_\_\_\_\_)

**Nerven**\_\_\_\_\_ Karpaltunnelsyndrom  Polyneuropathie

**Psyche:**\_\_\_\_\_  Depression, seit\_\_\_\_\_  Angst/Panik

**Osteoporose:**\_\_\_seit\_\_\_\_\_ letzte Knochendichtemessung \_\_\_\_\_

**Tumoren,** gutartig \_\_\_\_\_ bösartig \_\_\_\_\_

**Therapie:**

**Medikamente:** *aktuellen Medikamentenplan* mit Angabe zu Medikamentenname - Einzeldosis - Einnahmehäufigkeit und -zeit, Beginn/seit\_\_ und auch Bedarfsmedikamente auf Extrablatt mitbringen

**Physikalische Therapie** - Krankengymnastik- Ergotherapie: von\_\_\_ bis\_\_\_ aktuell für

\_\_\_\_\_  
**Psychotherapie** (Art\_\_\_\_\_ ) von \_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_

**Grund der Vorstellung beim internistischen Rheumatologen:**

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_