

Dr. Jörg Kraus, Facharzt für Neurologie

Auerspergstr. 6, 5700 Zell am See

Tel.: 06542-72811; Fax: 06542-72811-20, email: neurologie-kraus@medway.at

A) Infoblatt

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Außergewöhnliche Situationen bedürfen einer besonderen Vorgehensweise. Grundsätzlich ist mir das persönliche Gespräch mit Ihnen, sowie die körperliche Untersuchung sehr wichtig. Da dies jedoch während der Corona-Krise nicht immer möglich bzw. nicht immer sinnvoll ist, bieten wir zusätzlich die Möglichkeit einer für Sie kostenlosen telemedizinischen Untersuchung per Skype an.

Die Vorgehensweise ist dabei folgendermaßen:

1. Per Email bzw. von unserer Homepage per download erhalten sie dieses **Infoblatt (A)**, weiters das **Befunderhebungsblatt (B)** sowie das **Datenschutzblatt (C)**.
2. Bitte diese drei Formulare ausdrucken, ausfüllen und jeweils unterschreiben.
3. Bitte möglichst per Fax (unsere Fax-Nr: 06542/72811-20) und nur falls dies nicht möglich ist per Email die ausgefüllten und unterschriebenen Blätter an uns senden. Gerne können sie auch zusätzlich, falls vorhanden, wichtige bzw. vor kurzem erhobene Befunde beifügen.
4. Bitte weiters Ihre Telefonnummer sowie Ihren Skype-Account angeben und während der Ordinationsöffnungszeiten anrufen und einen Termin für die telemedizinische Untersuchung per Skype ausmachen (Beim Termin auch kurzfristige Verzögerungen einplanen).

Für den vereinbarten Termin dann die folgenden Vorbereitungen treffen:

- möglichst zu zweit sein
- eine Taschenlampe zur Hand haben
- sowohl eine Sitzmöglichkeit als auch eine Möglichkeit zum Hinlegen in der Nähe haben

Da bei Skype die Bild- und Tonqualität öfter eingeschränkt ist, ersuchen wir sie um Ihr Verständnis, dass das Gespräch strukturiert und diszipliniert ablaufen muss. Daher müssen Ihre Antworten möglichst kurz und exakt sein. Bei dem Termin können nur eine kurze Besprechung bzw. eine Abklärung einer umschriebenen Fragestellung durchgeführt werden.

Dr. Jörg Kraus, Facharzt für Neurologie

Auerspergstr. 6, 5700 Zell am See

Tel.: 06542-72811; Fax: 06542-72811-20, email: neurologie-kraus@medway.at

Nach dem Termin:

- Es kann sein, dass Ihnen empfohlen wird, zu Ihrem Hausarzt/ Ihrer Hausärztin bzw. ins nächste Krankenhaus zu gehen oder aber auch in die Ordination zur ausführlicheren Abklärung zu kommen.
- Es ist natürlich auch möglich, dass die von Ihnen gewünschte Aussage bzw. eine erhoffte umfassende Untersuchung per Skype leider nicht möglich ist.
- Im Idealfall können Medikamente über E-Medikation verordnet werden. Diese können Sie dann, falls Sie von der E-Medikation nicht abgemeldet sind, direkt von Ihrer Apotheke abholen.
- Es kann auch sein, dass Sie eine weitergehende Diagnostik oder Verordnung über Ihren Hausarzt/ Ihre Hausärztin oder über unsere Ordination beziehen können.
- Ihr Hausarzt/ Ihre Hausärztin bzw. der/ die zuweisende Arzt/ Ärztin erhält einen Arztbrief, in der Regel spätestens am nächsten Tag.

Ihre Daten:

Name, Vorname:

Sozialversicherungsnr., Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer,

Email-Adresse:

Skype-Account:

Einverständniserklärung

Ich bin mit dem oben Geschriebenen ausdrücklich einverstanden. Falls ich meine Unterlagen per Email schicke, erkläre ich hiermit, dass mir ein Faxgerät nicht zur Verfügung steht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Dr. Jörg Kraus, Facharzt für Neurologie

Auerspergstr. 6, 5700 Zell am See

Tel.: 06542-72811; Fax: 06542-72811-20, email: neurologie-kraus@medway.at

B) Befunderhebungsblatt, Telemedizin:

Name, Vorname, geb.:

Aktuelle Beschwerden (die besprochen werden sollen):

Vorbefunde (z.B.: 02/2020 CT Wirbelsäule in Zell am See; oder
12/2019 Interne Abteilung Tauernklinikum Zell am See):

Vorerkrankungen (z.B.: seit 2004 Diabetes mellitus):

Aktuelle Medikamente:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Dr. Jörg Kraus, Facharzt für Neurologie

Auerspergstr. 6, 5700 Zell am See

Tel.: 06542-72811; Fax: 06542-72811-20, email: neurologie-kraus@medway.at

C) Datenschutzblatt:

Name, Vorname,

Vers.nr., Geb.datum:

Ich ersuche Sie, den Befund über meine Behandlung auf dem Postweg oder über gesicherte elektronische Befundübermittlung (DaMe, Medical Net, GNV) meinem Arzt zukommen zu lassen, für den Zeitraum:

Ich ermächtige meinen Arzt, meine sämtlichen Gesundheitsdaten bzw. Behandlungsbefunde auf dem Postweg oder über gesicherte elektronische Befundübermittlung (DaMe, Medical Net, GNV) anzufordern.

Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.

Ich wurde drüber aufgeklärt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich bestätige, dass Facharztbefunde und Laborbefunde an Institute und Fachärzte weitergeleitet werden dürfen, sowie telefonische Rücksprachen mit Facharztkollegen möglich sind. Bestätigung gilt bis auf Widerruf!

Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Daten von meinem bisher behandelnden Arzt/Ärztin, von dessen Nachfolger/Nachfolgerin weiterverwendet werden dürfen.

Ort, Datum:

Unterschrift: