

II. Kardiovaskuläre Risikofaktoren (bitte ankreuzen)

- Rauchen Sie? Ja Nein
- Haben Sie früher geraucht? Ja Nein (von - bis) _____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein
- Erhöhte Blutfette / Cholesterinwerte Ja Nein
- Treiben Sie Sport? Ja Nein (Wie oft?) _____

Gibt es in Ihrer Familie:

- Unklare Todesfälle im Alter < 40 Jahre? Ja Nein
- Herzinfarkte bei Mutter < 65 Jahre,
Vater < 55 Jahre, oder bei Geschwistern? Ja Nein

III. Bisherige Therapien (zutreffende bitte ankreuzen)

- Herzkatheteruntersuchung (Wann und wo?) _____
- Gefäßaufdehnung +/- Stentimplantation (Wann und wo?) _____
- Bypassoperation (Wann und wo?) _____
- Herzklappenoperation (Wann und wo?) _____
- Katheterbehandlung von Herzrhythmusstörungen (Wann und wo?) _____
- Herzschrittmacher oder Defibrillator (ICD) (Wann und wo?) _____
- Chemotherapie oder Bestrahlung (Wann und wo?) _____

Medikamenteneinnahme

Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> siehe beiliegenden Verordnungsplan				
<i>oder</i>				
führen Sie sämtliche Medikamente an, die Sie einnehmen! (ebenso: Insulin, Schmerztabletten etc.)				
Medikament / Stärke (mg?)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Haben Sie Allergien auf Medikamente?

Nein

Ja (Welche?) _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Ansonsten müssen Sie ggf. selbst die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen.

Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen nur an Sie unmittelbar herausgegeben werden.

Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Herausgabe von Dokumenten einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN

I. DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.-Datum: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation bei allen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten und Laboren

in dem erforderlichen Umfang

- weitergegeben werden dürfen.
- von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

II. REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Ich willige ein, dass

- Rezepte Überweisungen Verordnungen Medikationspläne

an

- Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen)

- Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims

- Apotheke _____

- übermittelt/übersendet/von diesen abgeholt werden dürfen.

III: EINWILLIGUNG ZU TERMINERINNERUNGEN UND RECALLS PER SMS UND/ODER E-MAIL:

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

Ja, ich möchte Recalls erhalten. Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!