

Wichtiges Informationsschreiben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen am Tag der Untersuchung mit:

- Überweisung
- Versicherungskarte
- ausgefüllter Fragebogen (siehe Anhang) inkl. eines aktuellen Medikamentenplanes
- ggf. fachbezogene Krankenhausberichte/ Arztberichte
- falls vorhanden: Blutwerte (max. 1 Jahr alt)

Sollten Sie den o.g. Termin **nicht** wahrnehmen können, bitten wir unbedingt um telefonische Mitteilung unter Tel.: 0541-330 95 95. Wir geben diese frei werdenden Termine - auch kurzfristig! - an Notfall-Patienten auf unserer Warteliste weiter und finden für Sie bestimmt einen neuen passenden Zeitpunkt.

Wir laden Sie dazu ein, unsere Praxis auf unserer Homepage unter

www.mit-hand-und-herz.de

vorab näher kennenzulernen.

Mit freundlichen Grüßen
Praxisteam Dres. med. Lüttje, Gerres & Cadenbach

Kardiologische Gemeinschaftspraxis Dres. med. Lüttje, Gerres & Cadenbach

Sehr geehrte/r Patient/in,
damit mehr Zeit für Ihre aktuellen Probleme zur Verfügung steht, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zur Ihrer Person und Vorgeschichte vorab zu beantworten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hausarzt

Wurden Sie schon einmal kardiologisch untersucht? Wann/wo:
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? Wann/wo:
Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert? Wann/wo:
Wann wurde bei Ihnen zum letzten Mal die Lunge geröntgt? Wann/wo:
Aktuelle Beschwerden:

Bestehen bei Ihnen die folgenden Erkrankungen? (wenn ja, bitte ankreuzen):

Bluthochdruck Durchblutungsstörungen der Beine Herzinfarkt
Diabetes (Zucker) Schilddrüsenerkrankung Schlaganfall
Lungenerkrankung Cholesterinerhöhung

Andere bekannte Erkrankungen:

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, woran und wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Name des Medikamentes	Stärke (mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten auf Medikamente bekannt?

Körpergröße:

Aktuelles Körpergewicht:

Rauchen Sie?

Wenn ja, seit wann und wie viel?

Kam es bei engen Familienangehörigen (Eltern, Geschwistern) vor dem 65. Lebensjahr zu Herzinfarkten oder Schlaganfällen?

Wenn ja, bitte genauere Angaben:

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Wenn ja, was und wie oft?

Sind Sie im DMP-KHK eingeschrieben? Ja Nein

Datum / Unterschrift



PATIENTEN-EINWILLIGUNG Datenschutz

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus Nr.	
PLZ / Ort	

Hiermit erkläre ich mich mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten in folgendem Umfang einverstanden (**Zutreffendes bitte ankreuzen**):

- Erhebung meiner Gesundheitsdaten, soweit für die optimale medizinische Versorgung erforderlich
- ggf. für anonymisierte wissenschaftliche Aufarbeitung, z.B. im Rahmen von Doktorarbeiten
- Weitergabe und Abrufen meiner Daten an weitere Praxen / Krankenhäuser oder Gesundheitsorganisationen

Weitergabe an:

- Hausarzt
- Überweisende Praxis
- Krankenkasse
- Angehörige (**bitte namentlich angeben**):

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus Nr.	
PLZ / Ort	

Folgende Verwendungen meiner Daten sind mir bekannt und ich stimme diesen zu:

- Abrechnung der Leistungen mit der Krankenkasse oder der privaten Verrechnungsstelle.
- Speicherung der medizinischen Daten mindestens bis zur gesetzlichen Aufbewahrungsfrist, oder ggf. einer verlängerten Frist wie bei z.B. für Haftpflichtversicherungen
- Speicherung meiner Daten über die Fristen hinaus, für die gesamte Zeit meiner Behandlung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen in Teilen oder vollständig für die Zukunft widerrufen kann. Es gilt jeweils meine letzte Einwilligungserklärung.

Weitere Informationen über den Datenschutz in unserer Praxis entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____