

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Krankenkasse

ANAMNESEBOGEN GEFÄS CENTRUM

Telefonnummer: _____ Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Um bei der anschließenden Untersuchung keinen wichtigen Punkt zu vergessen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe und um die Beantwortung nachfolgender Fragen:

Beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden:

Wie weit können Sie ohne Beschwerden laufen? _____ m Wann müssen Sie stehen bleiben? _____ m

Vorerkrankung:

- | | | |
|--|--|---|
| Diabetes <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> | Koronare Herzerkrankung (KHK)/Herzinfarkt <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung <input type="radio"/> | Bluterkrankung <input type="radio"/> | Schlaganfall <input type="radio"/> |
| Hoher Blutdruck <input type="radio"/> | Hohe Cholesterinwerte <input type="radio"/> | Lungenembolie <input type="radio"/> |
| | | Thrombose <input type="radio"/> |
| | | Allergien: _____ <input type="radio"/> |

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wurden Sie schon einmal an den Gefäßen operiert oder mit einem Katheter behandelt? ja nein

Wenn ja: _____

Medikamentenplan:

Nehmen Sie **regelmäßige Medikamente** ein? Wenn ja, welche? _____

Spezielle Medikamente, die die Blutgerinnung verändern:

- | | | | | |
|---------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ASS <input type="radio"/> | Clopidogrel (Plavix®) <input type="radio"/> | Brilique® <input type="radio"/> | Efient® <input type="radio"/> | Marcumar® <input type="radio"/> |
| | Eliquis® <input type="radio"/> | Lixiana® <input type="radio"/> | Pradaxa® <input type="radio"/> | Xarelto® <input type="radio"/> |

Sonstiges:

Möchten Sie auf eine **Besonderheit** hinweisen? _____

Überweisender Arzt (Hausarzt):

Name: _____

Versicherungsdaten:

Stationäre Zusatzversicherung bei: _____ ja nein

Für 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer ärztliche Leistung

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
da wir das Thema Datenschutz in unserer Praxis sehr ernst nehmen, möchten wir Sie bitten, uns nachfolgend Ihre Wünsche im Umgang mit Ihren Daten mitzuteilen. Sollten Sie Fragen hierzu haben, steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung. (Vor- und Nachname – **bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**):

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass folgende Datenverarbeitungen mit meinen Daten durchgeführt werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit formlos und kostenfrei in Teilen und vollständig widerrufen. Der ergänzende Informationsbogen zur Einwilligung zur freiwilligen Datenverarbeitung steht mir zur Verfügung und wurde von mir zur Kenntnis genommen.

erlaubt

nicht erlaubt

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Meine Angehörigen (Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Bekannte etc.) dürfen über meine aktuelle Erkrankung informiert werden, wenn ich nicht in der Lage bin, ihnen selbst Auskunft zu erteilen.
Bitte geben Sie entsprechende Namen an: |
| <hr/> | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Meine Patientendaten dürfen über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist kann ich die Löschung jederzeit verlangen. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Meine Patientendaten dürfen an den Weiterbehandelnden (z. B. Facharzt, Hausarzt) weitergeleitet werden. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Im Falle der stationären Aufnahme in das Bethanien- oder Markus Krankenhaus bin ich mit der Datenübermittlung an die entsprechende Klinik einverstanden. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Das CCB beteiligt sich an medizinischen Studien. Meine anonymisierten Daten und mögliche Restproben von mir dürfen im Labor für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. |

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____