

PATIENTENDATEN



CCB

HERZ
GEFÄSSE
RHYTHMUS

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Telefonnummer:

Körpergröße:

cm

Körpergewicht:

kg

ANAMNESEBOGEN

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:

Vorerkrankung/Risikofaktoren:

Diabetes <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/>	Koronare Herzerkrankung (KHK)/Herzinfarkt <input type="radio"/>	
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) <input type="radio"/>	Nierenerkrankung <input type="radio"/>	Schlaganfall <input type="radio"/>	Lungenembolie <input type="radio"/>
Hohe Cholesterinwerte <input type="radio"/>	Thrombose <input type="radio"/>	Hoher Blutdruck <input type="radio"/>	Nikotin <input type="radio"/>
Allergien: <input type="radio"/>	Infektionskrankheiten: Hepatitis <input type="radio"/>	HIV <input type="radio"/>	

Medikamentenplan:

Nehmen Sie **regelmäßige Medikamente** ein? Wenn ja, welche? siehe bundeseinheitlicher Medikamentenplan

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"/>

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: |
| <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: _____