



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung der heutigen ärztlichen Untersuchung bitte ich Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Bei Unklarheiten werden wir diese im Untersuchungsgespräch besprechen.

Aktuelle Telefonnummer:.....

1. Ich habe folgende Beschwerden und Vorerkrankungen:

.....
.....
.....

2. Voroperationen (bitte alle Operationen angeben):

.....
.....
.....

3. Ich nehme folgende Medikamente ein:

.....
.....
.....

() ASS () Plavix / Iscover () Godamed () Marcumar () siehe Anlage

4. Ich bin Diabetiker () Ja () Nein
Ich nehme Tabletten zur Behandlung der Zuckerkrankheit ein () Ja () Nein
Ich spritze Insulin () Ja () Nein

5. Bei Dialyse-Patienten: Meine Dialysetage sind: () Mo-Mi-Fr () Di-Do-Sa

6. Bei Frauen unter 50 Jahren und geplanter Röntgen-Diagnostik:
Liegt eine Schwangerschaft vor? () unbekannt () Ja () Nein

7. Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? () Ja () Nein
() Überfunktion () Unterfunktion () Knotenbildung

8. Rauchen Sie? () Ja Zigaretten/Tag () Nein

9. Haben Sie einen Herzschrittmacher? () Ja () Nein

10. Allergien:.....

11. Pflegestufe:.....

12. Ich habe folgende Fragen:.....

Alsfeld, den
(Unterschrift des Patienten)

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. zu meinen Gunsten mit dem MVZ Alsfeld abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. Bsp. Kostenträger/ Labore/ Apotheken) übermittelt werden können. Dritte können auch sein: Aufgrund von ärztlich veranlassten Leistungen andere Ärzte (z. Bsp. Radiologen) und medizinische Einrichtungen (z. Bsp. Apotheken).

Des Weiteren besteht eine gesetzliche Verpflichtung, Daten zur Qualitätssicherung zu erheben und weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin

von meinem Hausarzt und den behandelnden Fachärzten die Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunde anfordern, soweit sie für die anstehende Behandlung erforderlich sind.

 (Angabe der Ärzte)

dass der/ die behandelnde Arzt/ Ärztin nach Abschluss der Behandlung meine Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt sowie an den weiterbehandelnden Facharzt übermitteln.

 (Angabe der Ärzte)

im Falle einer nachfolgenden stationären Behandlung die erforderlichen Behandlungsdaten dem Krankenhaus Alsfeld übermitteln.

Des Weiteren willige ich ein, dass folgende Person (en) in meinem Namen

- Termine vereinbaren,
- Rezepte abholen,
- Auskunft über meine medizinischen Daten erhalten darf/dürfen

 (Name und Geburtsdatum)

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ zum Zwecke der Terminverwaltung und des Patientenmanagements meine Daten in den Terminkalender Amandomed einträgt. Es werden keine Daten an kommerzielle Anbieter weitergeleitet. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Es erfolgen automatische Terminerinnerungen per SMS oder Email über die Firma Amandomed.

Sie willigen ein, unter der angegebenen
 Handynummer _____ oder
 E-Mail-Adresse _____ Terminerinnerungen zu erhalten.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft mündlich bei den Mitarbeitern des MVZ widerrufen. **Die weiteren Bedingungen zur Verarbeitung meiner Patientendaten kann ich am Empfang der Praxis und im Wartezimmer einsehen.**

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die Daten meiner eGK (elektronischen Gesundheitskarte) sowie die Patientendaten über die Telematikinfrastruktur zum Beispiel zu Lesen der Notfalldaten, des elektronischen Medikationsplanes, der elektronischen Patientenakte ggf. auch zum Speichern von Informationen dieser Kategorien sowie Versenden von Dokumenten und Daten per „Kommunikation im Medizinwesen“ innerhalb der Telematikinfrastruktur wie zum Beispiel eArztbrief, eAU (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) usw. zugegriffen wird.

 Ort/Datum

 Unterschrift Patient

Gerne händigen wir Ihnen auf Wunsch eine Kopie dieser Erklärung aus