Chirurgische
Gemeinschaftspraxis
Heidenheim

Ambulantes Operationszentrum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie zur Vorbereitung Ihrer Untersuchung die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig.
Ihre Angaben werden wir anschließend in Ihre Patienten-Unterlagen aufnehmen. Bitte schreiben Sie leserlich!

Ihr Name und Vorname: Ihr Geburtsdatum:

.....

Ihre Telefon-Nummer (mobil oder Festnetz): Ihre E-Mail-Adresse:

.....

Wer ist Ihr Hausarzt / Hausärztin? Wer hat Sie in unsere Praxis überwiesen?

.....

Für alle Patientinnen und Patienten:

Haben Sie folgende Erkrankungen, oder waren Sie früher daran erkrankt?

- ○ Bluthochdruck
- ○ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ○ Herzstolpern (Herzrhythmus-Störungen)
- ○ Herzerkrankung (Herzschwäche, Herzinfarkt)
- ○ Eingriffe am Herz (z.B. Stent)
- ○ Schlaganfall
- ○ Thrombose / Embolie
- ○ Störung der Blutgerinnung
- ○ Nierenerkrankung
- ○ chronische Infektionserkrankung
- ○ HIV / AIDS
- ○ andere Immunschwäche
- ○ Tragen Sie nachts eine Atemmaske?
- ○ Sonstige Erkrankungen:

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ○ Medikamente zur Blutverdünnung: .....
- ○ ALLE anderen Medikamente: .....

(auch Tropfen, Spritzen, Sprays, Salben) .....

.....

Haben Sie Allergien (Medikamente, Latex)? Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

.....

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

.....

.....

Bitte wenden und auch die Rückseite ausfüllen!

Nur für Patientinnen und Patienten nach einem Unfall oder einer Verletzung (Unfallchirurgie):

Wann wurde zuletzt Röntgen-Bilder der Körperregion angefertigt, die jetzt betroffen ist?

……

Zusätzlich bei Frauen: Sind Sie schwanger? ○ Ja ○ Nein

Nur für Patientinnen und Patienten in der Enddarm-Sprechstunde (Proktologie):

Beobachten Sie Blut auf dem Toilettenpapier oder auf dem Stuhlgang?	○ Ja	○ Nein
Haben Sie Juckreiz oder Brennen am After?	○ Ja	○ Nein
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang oder kurze Zeit danach?	○ Ja	○ Nein
Bemerken Sie Stuhlverschmutzungen an der Unterwäsche?	○ Ja	○ Nein
Wurden Sie schon früher wegen Enddarmbeschwerden behandelt?	○ Ja	○ Nein
Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung (Koloskopie) gemacht?	○ Ja	○ Nein
Falls ja: in welchem Jahr?	……	

Für alle Patientinnen und Patienten:

Körpergröße: …… **Körpergewicht:** ……

Persönliche Angaben und Erklärung zum Datenschutz

Für eine qualitativ hochwertige Behandlung ist es heute erforderlich, dass medizinische Einrichtungen persönliche Daten von Patientinnen und Patienten austauschen. Das ist gesetzlich streng geregelt und darf nur mit Zustimmung der betreffenden Personen geschehen.

In unserem Wartezimmer liegen Merkblätter für Sie bereit. Sie können sich darüber informieren,

- welche persönlichen Daten in unserer Praxis erhoben und verwendet werden.
- welche rechtlichen Grundlagen die Verarbeitung dieser Daten hat.
- welche Möglichkeiten Sie haben, jetzt oder auch in Zukunft der Verwendung Ihrer Daten ganz oder teilweise zu widersprechen.
- welche Folgen ein Widerspruch gegen die Datenverarbeitung für Sie haben kann.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Fragen zum Datenschutz unseren Mitarbeiterinnen oder auch im ärztlichen Beratungsgespräch zu stellen.

Aufgrund dieser Informationen erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis,

- dass Ihre persönlichen Daten in unserer Praxis erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- dass Daten und Befunde bei anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. Kliniken, Arztpraxen, Psychotherapeuten, Labore) angefordert und in unserer Praxis dokumentiert werden dürfen, um Ihre Behandlung optimal zu gestalten.
- dass Ihre Daten und Befunde auch an medizinische Einrichtungen übermittelt werden dürfen, die an Ihrer früheren Behandlung beteiligt waren, die Sie aktuell behandeln oder Sie in Zukunft behandeln werden. Dazu gehören z.B. auch Spezial-Labore, die besondere Untersuchungen durchführen.
- dass Ihre Daten und Befunde in Ihrer elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden dürfen.

……

Datum Unterschrift