

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Abweichender Rechnungsempfänger/Erziehungsberechtigter

Name, Vorname, Adresse:



DERMATOLOGIE
IN STUTT GART

PROF. BAUER - PROF. GARBE - PROF. WEIDE

Lange Str. 9, 70173 Stuttgart
Tel 0711 253990-70
Fax 0711 253990-71
info@dermatologie-in-stuttgart.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Die abgefragten Erkrankungen können teils Hauterkrankungen mitverursachen, teils spielen Sie eine Rolle für die Behandlungen, die wir Ihnen anbieten können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte teilen Sie uns alle Änderungen mit, die sich während der Behandlungszeit ergeben.

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaferkrankungen

Bluthochdruck Ja Nein
Herzinfarkt / Angina pectoris Ja Nein
Herzmuskelschwäche Ja Nein
Herzrhythmusstörungen Ja Nein
Herzklappenfehler / -ersatz Ja Nein
Durchblutungsstörungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen

Blutungsstörungen Ja Nein
Thrombose / Lungenembolie Ja Nein
Blutverdünnende Behandlung Ja Nein

Allergien

Gegen Medikamente Ja Nein
Andere Allergien Ja Nein
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit/ Diabetes Ja Nein
Fettstoffwechselstörungen Ja Nein

Tumorerkrankungen

Ja Nein

Lebererkrankungen

Ja Nein

Nierenerkrankungen

Ja Nein

Infektionskrankheiten

Ja Nein

Lungenerkrankungen

Ja Nein

Psychische Erkrankungen

Ja Nein

Neurologische Erkrankungen

Ja Nein

Bitte machen Sie weitere Angaben zu Punkten, die Sie oben mit „ja“ markiert haben, zu sonstigen Krankheiten, die oben nicht erwähnt wurden, oder zu anderen Dingen, die Ihnen wichtig erscheinen, die Sie uns mitteilen möchten:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Besteht eine Schwangerschaft oder könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Datum

Unterschrift *

* Des/der Patient(in) bzw. der/des Vertretungsberechtigten. Unterzeichnet bei Minderjährigen ein Elternteil allein, so sichert er/sie ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Name:



Einwilligungserklärung zur Übermittlung und Einholung von Behandlungsdaten

1. Übermittlung und Einholung von Behandlungsdaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der Dermatologie in Stuttgart, Lange Straße 9, 70173 Stuttgart die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

Umfang der Herausgabe von Informationen:

- Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
- Sämtliche Behandlungsdaten

3. Terminerinnerung

- Ich bin mit Terminerinnerungen per Telefon, SMS oder per Post einverstanden.

4. Bildmaterial

- Ich bin mit der Verwendung von Bildmaterial (z.B. Fotos von Leberflecken) für Lehre und Präsentationszwecken (z.B. auf unserer Homepage) einverstanden. Es wird nur Bildmaterial verwendet, das keine Rückschlüsse auf meine Person zulässt.

5. Krebsregister

Nach § 65c des SGB V, des BKRG sowie des LKrebsRG sind wir verpflichtet, Krebserkrankungen an das Landeskrebsregister zu melden. Patientinnen und Patienten können der Meldung personenbezogenen Daten widersprechen.

- Ich lehne es ab, dass im Falle einer meldepflichtigen Diagnose meine personenbezogenen Daten an das Landeskrebsregister Baden-Württemberg weitergeleitet werden.

6. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

7. Weitere Informationen

Informationen zu unseren Datenschutzbestimmungen finden Sie in auf unserem Aushang im Wartebereich.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters