

Centrum Gastroenterologie Bethanien



Name: Vorname: Geb.-Datum

Telefon (privat): (dienstlich): Mobiltelefon:

Beruf/Arbeitgeber: E-Mail-Adresse:

Versicherung: Hausarzt:

Körpergewicht: Körpergröße in cm:

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

vor der geplanten Untersuchung/Sprechstunde benötigen wir Informationen über Ihre Krankheitsgeschichte. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Vorerkrankungen:

Infektiöse Erkrankungen:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. Marcumar, Plavix, Xarelto, ASS)

.....

Wurde schonmal eine Endoskopie durchgeführt? nein ja

Operationen in der Vorgeschichte?

.....

Besteht/Bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung?

(es besteht eine gesetzliche Meldepflicht aller Krebserkrankungen ab dem Jahr 2002 an das Krebsregister)

.....

Rauchen Sie? nein ja

Trinken Sie mehr als 2–3 Glas Wein/Bier pro Tag? nein ja , wieviel?

Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre Beschwerden:

.....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten, sowie dem Berichtsversand an meine behandelnden Ärzte (auch per Fax) einverstanden. Dies kann ich jederzeit widerrufen. Ich erkläre mich einverstanden, ggf. von der Praxis auf notwendige Nachuntersuchungen hingewiesen zu werden. (Recall).

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Zusätzlich verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten, bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht, bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Frankfurt, den

Unterschrift

(bitte wenden!)



Einwilligungserklärung nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

bin einverstanden, dass das

Centrum Gastroenterologie
am Bethanien Krankenhaus
Im Prüfling 23
60389 Frankfurt am Main

die für meine Behandlungen erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an meine behandelten Ärzte übersendet.

Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung, sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)