

Liebe*r Patient*in,

Sie haben sich neu in unserer Praxis angemeldet. Um Ihre Betreuung im Rahmen der Behandlung angenehm, reibungslos und sicher gestalten zu können, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer bisherigen Behandlung auch Befunde und Unterlagen, sowie Daten und Einverständniserklärungen. Haben Sie an alles gedacht?

1. Ausgefüllter Anamnesebogen

- ▶ Angaben über bisherige Behandlungen im Rahmen der Erkrankung

2. Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

- ▶ Ohne diese dürfen wir keine Unterlagen von Ihnen anfordern
- ▶ Sollten wir noch vor Ihrem Termin Befunde anfordern müssen, so lassen Sie uns dies bitte rechtzeitig wissen

3. Befunde, Arztbriefe und Berichte

- ▶ Operationsberichte und Histologiebefunde, Arztbriefe, Laborberichte etc.

Für die Befundübermittlung haben Sie diese Möglichkeiten:

- E-Mail: info@onkologie-lerchenfeld.de (Datenschutzhinweis beachten!)
- Per Fax: 040 227 180-67
- Postweg
- Persönlich während unserer Praxiszeiten

4. Versichertenkarte und Überweisung

- ▶ Bitte bringen Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte und eine Überweisung mit
- ▶ Bei Zuzahlungsbefreiungen bitten wir um Vorlage des Nachweises
- ▶ Wenn Sie nicht gesetzlich krankenversichert sind, ist ein weiteres Formular erforderlich, das Sie spätestens zum ersten Termin ausfüllen müssen

5. Medikationsplan

- ▶ Medikationsplan (sofern vorhanden; ausgestellt durch Hausarztpraxis, mit QR-Code) oder
- ▶ eine Liste Ihrer aktuellen Medikation oder
- ▶ die Verpackungen der Medikamente

Hinweis: Sollten Sie die Anmeldung nicht für sich selbst, sondern im Auftrag vornehmen, so denken Sie bitte daran uns die entsprechende Vollmacht vorzulegen! Ohne Bevollmächtigung durch die Patientin / den Patienten dürfen wir anderen Personen keinerlei Auskunft erteilen.

Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen
Ihre

ONKOLOGIE LERCHENFELD

- Bitte denken Sie daran, Ihren Namen und das Geburtsdatum in der Kopfzeile auf jeder nachfolgenden Seite zu ergänzen! -

Persönliche Angaben

Name (ggf. Titel)	Vorname(n)	Geburtsdatum	☒ Geschlecht ☐ w ☐ m ☐ d ☐ x
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon (auch mobil)	
Familienstand / Kinder	Beruf (evtl. auch früher)	Hausarzt*in (auch Zuweiser*in), Adresse	
Pflegegrad	Schwerbehinderung: GdB Merkmale	Größe und Gewicht	
! Auskunftsberechtigte*r !	Telefon/Auskunftsberechtigte*r	Versicherung	

Weshalb wollen Sie aktuell zu uns kommen?

- Diagnostik
 Procedere / Therapie
 Nachsorge
 Zweitmeinung

Erkrankung (Diagnose) / auffällige Befunde:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

- Hausarzt*in / Facharzt*in
 Vorschlag Krankenhaus _____
 Empfehlung
 Internet Suche

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

Anamnese / Krankengeschichte, Gesundheitszustand:

	ja	nein	seit wann
Bluthochdruck			
Zuckerkrankheit			
Tuberkulose			
Lungenerkrankung			
Schilddrüsenerkrankung			
Hohe Blutfettwerte			
Herzrhythmusstörungen			
Herzinfarkt, KHK			
Herzschwäche / insuffizienz			
Rheumatische Erkrankung			
Nikotin (wenn ja, bitte Anzahl / tgl.)			

	ja	nein	seit wann
Lebererkrankungen / Zirrhose			
Gallen- / Gallenblasen- erkrankungen			
Hepatitis B / C, Gelbsucht			
Magenerkrankung			
Darmerkrankung			
Thrombosen / Lungenembolie			
Blutungsneigung			
Schlaganfall			
Epilepsie			
Allergien			
Alkohol	nie	selten	regelmäßig

Medikamenteneinnahme:

[Fügen Sie eine Medikamentenliste bei oder listen Sie die Medikamente hier auf]

Name des Medikamentes	morgens	mittags	abends	nachts	Vermerke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

Frühere Operationen:

Art der OP	Grund	Monat / Jahr

Gehäuft in der Familie vorkommende Erkrankungen:

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung:

[Bisher behandelnde Ärzte / Krankenhäuser, erfolgte Untersuchungen / Behandlungen]

Gesundheitsuntersuchungen:

[Bitte geben Sie das Datum oder Monat / Jahr an]

Coloskopie / Darmspiegelung	
Gastroskopie / Magenspiegelung	
Urologische Vorsorge / Prostata	
Gynäkologische Vorsorge	
Mammographie	

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

► **Vollmacht zur Befundeinholung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Lerchenfeld meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax und elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung anfordern und einsehen dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass auch die Praxis Onkologie Lerchenfeld Befunde und Daten an Kliniken und Einrichtungen im Falle eines Notfalls zur Optimierung der Behandlung und Diagnostik weitergeben darf.

Ort, Datum	Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)
-------------------	---

► **Externe Dienstleister und Mitbehandler**

Zum Zweck Ihrer Versorgung und Behandlung, Vorsorge und medizinischen Diagnostik müssen wir auch externe Dienstleister (Labore, Institute, Apotheken) beauftragen und an andere Ärzte, Therapeut*innen und Krankenhäuser verweisen. Die Weitergabe der Daten ist notwendig, da wir zur Erfüllung unseres Behandlungsvertrages auf die Dienstleistungen und Mitbehandlung durch unterschiedlichste Stellen angewiesen sind. Wir geben Ihre Daten ausschließlich zum Zweck Ihrer Behandlung weiter.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Lerchenfeld meine Daten im Rahmen von Aufträgen an externe Dienstleister (Labore, externe Konsiliarlabore) und Mitbehandler weitergeben. Die Einwilligung gilt für die Zeit meiner Behandlung in der Onkologie Lerchenfeld. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis.

Ort, Datum	Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)
-------------------	---

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

► **Kommunikation per E-Mail**

In unserer Praxis besteht die Möglichkeit, dass wir Informationen, Daten und Befunde per E-Mail austauschen – hierfür benötigen wir jedoch Ihre Zustimmung oder Ablehnung. Bitte treffen Sie nachstehend Ihre Wahl, geben – sofern gewünscht – eine E-Mail-Adresse an und unterschreiben diese Erklärung.

Wir empfehlen Ihnen darauf zu achten, keinen Dritten Zugriff auf Ihre E-Mails zu gewähren. Sie sollten insbesondere keine E-Mail-Adresse verwenden, die vom Mailserver Ihres Arbeitgebers empfangen wird oder die Sie gemeinsam mit anderen benutzen.

Ich wünsche keinerlei Kommunikation per E-Mail, auch keine Terminbestätigungen.

Sollten Sie uns per E-Mail kontaktieren, aber kein Einverständnis für die E-Mail-Kommunikation erteilt haben, so erhalten Sie zwar eine Eingangsbestätigung, jedoch werden wir nicht per E-Mail mit Ihnen kommunizieren.

o d e r

Ich wünsche die Kommunikation per E-Mail und stimme der Speicherung meiner E-Mail-Adresse in meiner Patientenakte zu

Wir versenden E-Mails, deren Inhalte sich auf sensible Gesundheitsdaten beziehen oder die Befunde / Medikationspläne im Anhang enthalten ausschließlich verschlüsselt. E-Mails ohne entsprechende Inhalte und / oder die zuvor genannten Anhänge, werden hingegen ohne Verschlüsselung versendet.

Unsere Praxis nutzt für den Versand verschlüsselter E-Mails die Microsoft 365-Nachrichtenverschlüsselung. Bei dieser Methode erhalten Sie an Ihre Mail-Adresse eine Information zum Erhalt einer verschlüsselten Nachricht und folgen den Anweisungen zur Einsicht in die geschützte Nachricht. Bei Verwendung der Einmalkennung bitten wir um Beachtung, dass der Code innerhalb 15 Minuten nach Anforderung abläuft.

Bitte beachten Sie, dass lediglich unsere E-Mails verschlüsselt werden. Wenn Sie selbst verschlüsselte E-Mails versenden wollen, müssen Sie die notwendigen Voraussetzungen dafür selbst schaffen oder verwenden – zur datenschutzkonformen Kommunikation – das Kontaktformular auf unserer Webseite.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass die Entschlüsselung einer verschlüsselten Nachricht ggf. nicht auf mobilen Endgeräten möglich ist.

► **E-Mail-Adresse:** _____@_____

Diese Einverständniserklärung kann nur schriftlich und nur für die Zukunft widerrufen werden. Bei Änderungen der E-Mail-Adresse ist die erneute Übermittlung dieser Einverständniserklärung erforderlich.

Ort, Datum	Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)
-------------------	---