

Liebe Patientin, lieber Patient,

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
(in diesem Falle bitte Einverständniserklärung im Anhang ausfüllen / unterschreiben!)
- 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

5. Medikamentenliste

- ▶ Eine Liste Ihrer aktuellen Medikation oder
- ▶ die Verpackungen der Medikation

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

Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

ONKOLOGIE LERCHENFELD

Persönliche Angaben

Name (ggf. Titel)	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon (auch mobil)
Familienstand / Kinder	Beruf (evtl. auch früher)	Hausarzt/-ärztin (auch Zuweiser), Adresse
Pflegegrad	Schwerbehinderung: GdB Merkmale	Größe und Gewicht
Angehörige/r / ! Auskunftsberechtigte/r !	Telefon / Angehörige/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 / Facharzt
 Vorschlag vom Krankenhaus
 Empfehlung von Freunden/Familie/Bekanntem
 Internet Suche

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

**Anamnese / Krankengeschichte,
Gesundheitszustand:**

	Ja	Nein (seit) wann		Ja	Nein (seit) wann
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Lebererkrankungen/ Zirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Gallen-/ Gallenblasen- erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Hepatitis B / C, Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Thrombosen / Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Herzinfarkt, KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Herzschwäche/ insuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Nikotin (Zig. / Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	Alkohol (selten / regelmäßig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Medikamenteneinnahme:

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

Name des Medikamentes	Morgens	mittags	abends	nachts	
	<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, ggf. 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 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)
-------------------	---

► **Externe Dienstleister und Mitbehandler**

Bitte beachten Sie, dass wir zum Zweck Ihrer Versorgung und Behandlung, Vorsorge und medizinischen Diagnostik auch externe Dienstleister (Labore, Institute, Apotheken) beauftragen und an andere Ärzte, Therapeuten 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 (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser usw.) 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)
-------------------	---

► **Patientenservice / Terminerinnerung**

Ich möchte den Patientenservice nutzen und stimme einer Terminerinnerung telefonisch ggf. auch als Kurznachricht zu.

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

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

► **Kommunikation per E-Mail**

In unserer Praxis besteht die Möglichkeit, dass wir Informationen, Daten und Befunde per E-Mail austauschen. Sollten Sie dies wünschen, treffen Sie nachstehend eine Auswahl (unverschlüsselt / verschlüsselt), geben Sie eine E-Mail-Adresse an und unterschreiben Sie die Erklärung. In diesem Falle bitten wir Sie 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. Sollten Sie keine Kommunikation auf dem E-Mail-Wege wünschen, so streichen Sie die Einverständniserklärung durch und unterschreiben Sie diese nicht. Sollten Sie uns per E-Mail kontaktieren und diese Erklärung nicht unterschrieben haben, erhalten Sie zwar eine Eingangsbestätigung, jedoch werden wir nicht per E-Mail mit Ihnen kommunizieren.

Bitte treffen Sie eine Auswahl:

Unverschlüsselte Mail

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass ein unverschlüsselter Versand von Mitteilungen mit sensiblem Inhalt auf dem E-Mail-Wege nicht datenschutzkonform ist. Es besteht die Möglichkeit, dass der Inhalt der Nachrichten gelesen, kopiert oder manipuliert wird. Ihre Daten sind nicht vor der Einsichtnahme Dritter geschützt.

Ich willige ein, dass mir sämtliche Informationen, auch personenbezogene Daten im Sinne der EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unverschlüsselt an meine nachfolgende E-Mail-Adresse übersandt werden.

Verschlüsselte Mail

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.

Ich möchte E-Mails ausschließlich verschlüsselt erhalten und akzeptiere hierfür die durch die Praxis verwendete Methode (Microsoft 365-Nachrichtenverschlüsselung).

Ich bitte um Verwendung der folgenden E-Mail-Adresse:

_____@_____

Ich willige in die Speicherung der vorgenannten E-Mail-Adresse in meiner elektronischen Patientenakte ein.

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

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