

Dear patient,

thank you for asking for an appointment in our medical practice.

In order to assure a thorough and safe treatment we would like to ask for information about your medical history and previous treatments as well as medical reports if available. We also kindly ask for your declaration of consent enabling us to gather additional data about previous treatments and findings i.e. radiology & pathology reports if applicable.

1. Medical History

- ▶ Previous treatments incl. surgeries, medication, allergies etc.

2. Consent and authorization to obtain medical findings

- ▶ mandatory under data protection compliance
- ▶ please inform us if medical data needs to be collected prior your first appointment

3. Medical reports

- ▶ Surgery, Radiology, Histopathology, Laboratory, Epicrisis

Please acknowledge several options for transmitting information:

- bring reports along on first appointment
- send reports via Fax or LifeTime prior first appointment (preferred, if possible)

4. Insurance Card and Letter of referral

- ▶ Please have your medical insurance card and a letter of referral (if applicable) on hand

5. Medication

- ▶ List of current medication

Please note: In case you do the registration in lieu of a third person, please do not forget to send the corresponding authorization. Due to data protection law any disclosure is warranted only with a valid authorization.

We are not allowed to give you any information without this authorization.

Please do not hesitate to ask for further information or help,

Kindly,

ONKOLOGIE LERCHENFELD

Personal Data

Family Name (Surname)	First Name	Date of birth
Street, No.	Zip-Code, Place	Phone Home: Mobile:
Civil status / Children	Profession	Family Physician and/or referring specialist
Care degree	Degree of disability	height/weight
Relatives / Authorized proxy	Phone of relatives	Insurance

Reason for referral

- Diagnostics
 Therapy
 Follow-up/aftercare
 Second opinion

Diagnosis/Symptoms/Findings

.....

.....

.....

.....

.....

How did you find us?

- Family Physician/Specialist
 Referring Hospital
 Recommendation
 Internet

Family name	First name	Date of birth
-------------	------------	---------------

Medical History

	Yes	No	(date)		Yes	No	(date)
Blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Liver disease/ Cirrhosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gall bladder & biliary tract disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lung disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Stomach disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thyroid disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bowl disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Increased Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Thrombosis / Pulmonary embolism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiac Arrhythmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bleeding tendency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coronary heart disease/ Myocardial infarction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Congestive heart failure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronic rheumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smoking habit (cig./day)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcohol consumption (occasionally/regularly)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

List of medication

Description	morning noon evening night				
	<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"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Family name	First name	Date of birth
-------------	------------	---------------

Surgeries

What kind of Surgery?	Reason	Month / Year

Family history (i.e. frequent diseases)

.....

.....

Previous treatments in the context of the current disease

(Physicians, Hospitals, Diagnostics)

.....

.....

.....

.....

Preventive checkups

[months/ year]

Colonoscopy	
Gastroscopy	
Urology	
Gynaecology	
Mammography	

Family name	First name	Date of birth
-------------	------------	---------------

► **Consent and authorization to obtain medical findings**

I hereby declare consent, that the physicians of Onkologie Lerchenfeld may request medical information in written or electronical form, if applicabe via secured data transmission. Any obtained or transferred data is subject to medical confidentiality.

I have the right to revoke this consent at any time. My consent will automatically end in case treatment and care in Oncology Lerchenfeld is terminated. On request information about contaced institutions will be disclosed.

I also declare consent that Oncology Lerchenfeld will provide medical information to hospitals, clinics and cooperating physicians in case of regular enquiries and/or medical emergencies in order to optimize treatment and diagnostics.

Date	Signature
------	-----------

► **External service providers and cooperating institutions**

Please acknowledge that we cooperate with external providers i.e. laboratories, consulting physicians, pharmacies , hospitals in order to coordinate your treatment. Any transmission of medical data is solely subject to facilitate and optimize your treatment.

I hereby declare consent, that the physicians of Onkologie Lerchenfeld transmit personal and medical information to external providers and cooperating physicians/institutions during my treatment in Oncology Lerchenfeld. I have the right to revoke this consent at any time. My consent will automatically end in case treatment and care in Oncology Lerchenfeld is terminated.

Date	Signature
------	-----------

Family name	First name	Date of birth
-------------	------------	---------------

► **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)
------------	----------------------------------------------