

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich,

.....
Vorname, Name

.....
geboren am

erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen,

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Hierzu zählen auch in der Zukunft hinzukommende Behandler, z.B. Tumorkonferenz, Konsultationen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Angaben zu Kontaktpersonen, bzw. Familienmitgliedern

Die Onkologische Schwerpunktpraxis Kurfürstendamm darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung geben und sie gegebenenfalls kontaktieren:

1. **Name**

Anschrift

Telefon E-Mail

2. **Name**

Anschrift

Telefon E-Mail

3. **Name**

Anschrift

Telefon E-Mail

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.
Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Anamnesebogen

Vorname, Name

geboren am

Körpergröße Gewicht

Telefon Mobil

Fax E-Mail

Adresse

.....

Familienstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

allein lebend

Kinder

ja

nein

Berufliche Tätigkeit

Kontaktperson für den Notfall (inkl. Telefonnummer)

.....

Hausarzt (inkl. Adresse und Telefonnummer)

.....

.....

Vor- bzw. Begleiterkrankungen

.....

.....

Aktuelle Medikamente

.....

.....

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Besuch Ihren MEDIKAMENTENPLAN mit!

Schwerbehinderung ja nein Wenn ja, seit wann und wieviel Prozent

Merkzeichen

Pflegegrad ja nein Wenn ja, Grad 1 2 3 4 5

Hilfsmittel ja nein Wenn ja, welche?

Allergien ja nein Wenn ja, wogegen?

Nikotin ja nein Wenn ja, seit wann und wieviel?

Wenn ehemals, seit wann?

Alkohol ja nein Wenn ja, wieviel pro Tag?

Drogen ja nein Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Gibt es in ihrer Familie Krebserkrankungen?

ja nein

Wenn ja, welche?

.....

COVID-19

Waren sie mit COVID-19 infiziert?

ja nein

Wenn ja, wann?

Sind sie gegen COVID-19 geimpft?

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

1. Impfung

3. Impfung

2. Impfung

4. Impfung