

Dokumentierte Patientenanamnese/Basisinformation

Liebe Patient/-in!

Sie sollen die bestmögliche Behandlung bekommen. Um dieses vorzubereiten bitten wir um einige Auskünfte zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen bzw. bisherige Maßnahmen und Operationen.

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Familienstand:	Berufstätigkeit:	Auskunfts berechtigte mit Tel.:

Telefonische Erreichbarkeit:

Telefonnummer:	Beste Zeit (Wochentage, Zeiten):
----------------	----------------------------------

Anamnese: (Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt? Zutreffendes bitte ankreuzen)

	JA	NEIN		JA	NEIN
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzenge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hohe Blutfettwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung der Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung des Magens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung des Dünn- oder Dickdarms	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Kinder geboren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung der Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...wenn ja, welche:		

Letzte Vorsorgeuntersuchung: _____

Größe: _____cm

Gewicht: _____kg

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen über meinen Gesundheitszustand erstellt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax, ggf. elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung anfordern und übermitteln und einsehen dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Weiterhin arbeitet das Hämato-onkologische Zentrum mit anderen Einrichtungen zusammen, um eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. Zu den Einrichtungen zählen u.a. zytostatikazubereitende Apotheken, Pflegedienste, Therapeuten, Ernährungsberatungen. Ich stimme zu, dass in meinem Behandlungsfall Leistungen koordiniert und durchgeführt werden. Im Bedarfsfall (bei in Anspruch genommenen Leistungen) werden Rezeptgebühren oder Zuzahlungen fällig.

Ort, Datum

Unterschrift, Patient/-in

[Titel Vorname Zusatz Name]

Hinweis bezüglich Sachkostenanteile für Befundkopien

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Entgelte für Kopieanfertigungen für Ihre persönliche Krankenakte in Höhe von derzeit 0,10 € pro Seite erheben. Diese Leistungen sind durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht abgedeckt.

Meldung an das Krebsregister

Seit dem 26.05.2016 sind alle Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein gesetzlich dazu verpflichtet, die Diagnose und die Behandlung jeder Krebserkrankung an das Krebsregister Schleswig-Holstein zu melden.

Verlässliche Aussagen über das Auftreten von Krebserkrankungen und die Versorgung der Erkrankten sind nur möglich, wenn *alle* Tumorerkrankungen erfasst werden. Daher schreibt das Krebsregistergesetz S-H die namentliche Erfassung der Daten aller Krebspatienten und -patientinnen vor. Durch die Speicherung Ihrer Daten unter Ihrem Namen kann die Zusammenarbeit Ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden. Sie können der dauerhaften Speicherung Ihrer Personendaten jedoch jederzeit widersprechen. In diesem Fall werden Ihre Daten nach Durchführung der Verarbeitung in der Vertrauensstelle pseudonymisiert, sodass eine Rückgewinnung Ihrer persönlichen Daten ausgeschlossen wird.

Der Widerspruch gegen die dauerhafte Speicherung der Personendaten ist schriftlich bei der Vertrauensstelle des Krebsregisters oder bei Ihrer Ärztin/Arzt zur Weiterleitung an die Vertrauensstelle einzureichen.

Vertrauensstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein, bei der Ärztekammer S-H, Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg, Tel. 04551 803 852, krebsregister-sh@aecksh.de

Patientenerklärung

zur Mitwirkung an Forschungsvorhaben auf der Basis der personenbezogenen Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein (nach § 10 des Krebsregistergesetz S-H KRG SH)

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Meldung meiner Krebserkrankung an das Krebsregister Schleswig-Holstein sowie mein Widerspruchsrecht gegen die dauerhafte Speicherung meine Identitätsdaten informiert. Des Weiteren hat sie/er mir die Bedeutung meiner Mitwirkung an Forschungsvorhaben erklärt.

Hiermit stimme ich der Mitwirkung an Forschungsvorhaben (§ 10 Abs. 2 KRG SH) zu (bitte Zutreffendes ankreuzen):

▲ **Ja**, das bedeutet (nach § 14 KRG SH):

- [Mit Genehmigung des Gesundheitsministeriums dürfen für ein solches Forschungsvorhaben meine Identitätsdaten und die Daten zu meiner Krebserkrankung zusammengeführt und an die Stelle, die das Forschungsvorhaben durchführt (Studienstelle), übermittelt werden.
- [Die Stelle, die das Forschungsvorhaben durchführt, darf mich für eine schriftliche oder mündliche Befragung kontaktieren. Eine telefonische Befragung ist nicht zulässig.
- [Eine mündliche Befragung wird mindestens drei Wochen vor dem geplanten Termin schriftlich angekündigt. Dabei werde ich über den Zweck des Vorhabens und den Inhalt der Fragen informiert.
- [Sowohl die mündliche als auch die schriftliche Befragung darf nur mit meinem schriftlichen Einverständnis erfolgen. Dieses wird für jedes einzelne Forschungsvorhaben separat bei mir eingefordert.
- [Die Stelle, die das Forschungsvorhaben durchführt, darf die empfangenen Daten nicht an Dritte weitergeben (§ 10 Abs. 5 KRG SH)
- [Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung bei meiner Ärztin/meinem Arzt oder der Vertrauensstelle des Krebsregisters schriftlich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

▲ **Nein, ich wünsche keine Mitwirkung an Forschungsvorhaben**

Norderstedt,

Unterschrift der Patientin/des Patienten