



KARDIOLOGIE HILTRUP

Dr. med. M. Kallenbach / Dr. med. A. Rozhnev / Dr. med. S. Margraf / Dr. med. K.-H. Keuper

Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie

Marktallee 88 – 48165 Münster – Tel: 02501 / 599 85 60

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Probleme unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende kurze Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Straße/Nr.: _____

Mobil: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? Nein ☐ Ja ☐

Stationäre Zusatzversicherung? Nein ☐ Ja ☐

Wenn Ja, wo? _____ Chefarzt: Nein ☐ Ja ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐

Hausarzt (ggf. mit Adresse): _____

Ja ☐ Nein ☐ Ich willige in den Upload von Untersuchungsbefunden in **meine elektronische Patientenakte** (ePA) ein.

Ja ☐ Nein ☐ Mein **Hausarzt** soll einen Befundbericht erhalten.

Ja ☐ Nein ☐ Meine Befundberichte dürfen **an andere Ärzte / Krankenhäuser** weitergegeben werden.

Ja ☐ Nein ☐ Das MVZ Kardiologie Hiltrup darf Vorbefunde **von anderen Ärzten / Krankenhäusern** anfordern.

Ja ☐ Nein ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mir aktuelle Informationen über ggf. mich betreffende medizinische Sachverhalte unverbindlich und kostenfrei zugesendet werden. Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit hier in der Praxis oder per E-Mail an info@gig-med.de oder info@kardiologie-hiltrup.de widerrufen.

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden n. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das MVZ Kardiologie Hiltrup im Rahmen meines Behandlungsverhältnisses die mich betreffenden, personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde, etc.) an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienst, Pflegeeinrichtung, Kassenärztliche Vereinigung, ggf. bei Abrechnungsproblemen auch das Inkassounternehmen) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation, Abrechnung und der ärztlichen Leistungserbringung speichert und ggf. übermittelt.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass das MVZ Kardiologie Hiltrup die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet, nutzt sowie Befundberichte und Laborergebnisse nach den jeweiligen Bestimmungen in die ePA (elektronische Patientenakte) überträgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Münster, den _____
Datum

Unterschrift

Risikofaktoren

Rauchen Sie aktuell?	Nein ☐ Ja ☐	Seit wann?	_____
Haben Sie früher geraucht?	Nein ☐ Ja ☐	Bis wann?	_____
Gibt es Herz-/Kreislaufkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris, Schlaganfall etc.)	Nein ☐ Ja ☐		
Sind bei Ihnen erhöhte Cholesterinwerte bekannt?	Nein ☐ Ja ☐		
Sind bei Ihnen erhöhte Blutdruckwerte bekannt?	Nein ☐ Ja ☐	Seit wann?	_____
Haben Sie Diabetes?	Nein ☐ Ja ☐	Seit wann?	_____
Haben Sie Probleme mit Ihren Venen / Arterien? (z.B. Krampfadern, Schwellungen der Beine, Schmerzen beim Gehen, Besenreiser etc.)	Nein ☐ Ja ☐		
Wird/Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt?	Nein ☐ Ja ☐	Wann?	_____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	Nein ☐ Ja ☐	Welche?	_____
Haben Sie ansteckende Infektionskrankheiten?	Nein ☐ Ja ☐	Welche?	_____
<u>Für Patientinnen:</u> Besteht eine Schwangerschaft?	Nein ☐ Ja ☐		

Medikation

- ☐ Ich nehme dauerhaft keine Medikamente ein
- ☐ Medikationsplan wurde abgeben
- ☐ Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein
(z.B. ASS 100 mg 1-0-0)

Medikament	mg / µg	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐