

J. Liebeton
Fachärztin für Kardiologie
Harpener Hellweg 559 – 44388 Dortmund – Tel. 0231 / 99764430

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: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie bei einer Beihilfestelle versichert? Oder haben Sie eine private stationäre Zusatzversicherung?

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____

Soll Ihr/Ihre Hausarzt/Hausärztin einen Befundbericht erhalten? Ja ☐ Nein ☐

Hausarzt (Name + Adresse): _____

Vorerkrankungen/Anamnese:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Haben Sie erhöhte **Cholesterinwerte**? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie erhöhte **Blutdruckwerte**? Ja ☐ Nein ☐

Besteht bei Ihnen ein **Diabetes mellitus**? Ja ☐ Nein ☐

Ist bei Ihnen eine **arterielle Verschlusskrankheit/Schlaufensterkrankheit** bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Sind **Herzinfarkte in der Familie** bekannt? Ja ☐ Nein ☐
(jünger als 65 Jahre bei Eltern oder Geschwistern)

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐ seit: _____, _____ Stück/Tag/Woche

Haben Sie früher geraucht? Ja ☐ Nein ☐ seit: _____ nicht mehr

Für weibliche Patienten:

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐ Schwangerschaftswoche: _____ SSW

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	mg/ μ g	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

Ich bin damit einverstanden, dass aufgrund meines Behandlungsverhältnisses mit Ihnen meine Daten erhoben und verarbeitet werden. Um meine Daten im Zusammenhang mit meiner Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu können (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es meiner Einwilligung. Sofern ich der ePA nicht bei meiner Krankenkasse widersprochen habe, dürfen im Rahmen meiner Behandlung relevante medizinische Daten in die ePA einstellen oder daraus abrufen werden. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich folgende Person:

Frau/Herr _____ geb. am: _____

ggf. Adresse: _____ ☎ _____

- ☐ zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden und sonstigen Unterlagen.
- ☐ Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.

Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden)