

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: _____

Hausarzt (Name + Stadt): _____

Vorerkrankungen/Anamnese:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Haben Sie erhöhte **Cholesterinwerte** oder nehmen Sie **Cholesterinsenker** ein? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie erhöhte **Blutdruckwerte** oder nehmen Sie **blutdrucksenkende Medikamente** ein? Ja ☐ Nein ☐

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

Besteht bei Ihnen eine **Medikamentenallergie**? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Kontrastmittelallergie? Ja ☐ Nein ☐

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

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐ nicht mehr ☐

Nur 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 des Patienten:** _____

(Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden)