

[Titel Vorname Zusatz Name] [geb.]

Krankengeschichte/Basisinformation

Liebe(r) Patient/-in!

Sie sollen die bestmögliche Behandlung bekommen. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn wir Kenntnisse über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen bzw. bisherige Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Operationen) haben.

Aktuelle Beschwerden/ Erkrankung (Diagnose)/auffällige Befunde:



Vorerkrankungen: (Wurde bei Ihnen bereits eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? Falls ja, welche? Zutreffendes bitte ankreuzen)

	NEIN	JA	Seit wann (Jahr)		NEIN	JA	wann (Jahr)
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Gallen(blasen)erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hohe Blutfettwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Magenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzenge (Angina pectoris, Herzkranzgefäßerkrankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Nierenkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Thrombosen oder Lungenembolien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Wirbelsäulenerkrankungen/ Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Überempfindlichkeiten/ Allergien...			
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		... wenn ja, welche			
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Medikamenten- unverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trinken Sie Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rauchen Sie (wieviel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Größe: cm

Gewicht: kg

[Titel Vorname Zusatz Name] [geb.]

Welche Medikamente nehmen Sie ein: (Name, Dosierung; ggf. Rückseite verwenden)

Frühere Operationen welche, wann (Jahr):

Gehäuft vorkommende Erkrankungen in der Familie:

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsname:		Geburtsort:
Familienstand:	Beruf (evtl. auch frühere):	Staatsangehörigkeit:
Pflegegrad: nein 1, 2, 3, 4, 5	Schwerbehinderung: GdB Merkmale	Auskunfts berechtigte mit Tel.:

Telefonische Erreichbarkeit:

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

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

Bisher behandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen:

Hausarzt:

MVZ Stormarn gGmbH
PD Dr. med. Anne Wiesmann
Dr. med. Heinrich Lellek
Hamburger Str. 23
22926 Ahrensburg

Tel.: 04102-70888-30
Fax: 04102-70888-39
info-ahrensburg@onkologie-stormarn.de



Mit unserer "Patienteninformation zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Wir arbeiten hauptsächlich mit folgenden Laboren zusammen:

Labor Lademannbogen, Lademannbogen 61-63, 22339 Hamburg
Hämatopathologie Hamburg, Fangdieckstraße 75A, 22547 Hamburg

Hiermit willige ich ein, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten an die oben genannten Labore weitergeleitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift, Patient/-in

[Titel Vorname Zusatz Name] [geb.]

MVZ Stormarn gGmbH
PD Dr. med. Anne Wiesmann
Dr. med. Heinrich Lellek
Hamburger Str. 23
22926 Ahrensburg

Tel.: 04102-70888-30
Fax: 04102-70888-39
info-ahrensburg@onkologie-stormarn.de



Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

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

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluß der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift, Patient/-in

[Titel Vorname Zusatz Name] [geb.]