

Mitteilung zum Datenschutz - Erklärung zur Datenübermittlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Gerinnungszentrum Köln – Rhein-Erft zur Untersuchung Ihrer Gerinnung entschieden haben. Bitte lesen und unterschreiben Sie diese Erklärung, bevor wir mit der Untersuchung beginnen.

Unter dem Dach des Gerinnungszentrums betreiben Prof. Karger und Dr. Severin jeweils eine rechtlich eigenständige Praxis. Das bedeutet, dass der Behandlungsvertrag mit der jeweiligen Praxis und nicht mit dem Gerinnungszentrum zustande kommt. Die beiden Praxen kooperieren als sog. Praxisgemeinschaft, um Ihnen eine bestmögliche medizinische Betreuung und gerinnungsmedizinische Expertise zu bieten. Um dies zu ermöglichen, tauschen die Praxisinhaber daher im Einzelfall, wenn es medizinisch geboten erscheint (z. B. im Rahmen einer Vertretung), notwendige Patientendaten untereinander aus.

Alle Daten, die wir von Ihnen erheben, werden elektronisch gespeichert, verarbeitet und nach dem Datenschutzgesetz behandelt. Alle Mitarbeiter/-innen des Gerinnungszentrums Köln – Rhein-Erft, die Zugang zu Ihren Daten haben, unterliegen der Schweigepflicht. Im Rahmen Ihrer Untersuchung bei uns werden Ihre persönlichen Daten und Laborproben an interne und externe Labore gesendet, die Laboruntersuchungen in unserem Auftrag durchführen.

Üblicherweise besprechen Sie den Befund mit dem überweisenden Arzt. Wir weisen darauf hin, dass wir keine Laborbefunde und Arztberichte per E-Mail versenden dürfen. Eine Befundauskunft, auch telefonisch, erfolgt ausschließlich durch einen Arzt des Gerinnungszentrums. Eine Befundauskunft an andere Personen (auch Ärzte) erfolgt nur nach Vorlage einer Schweigepflichtentbindung.

Das Aushändigen von Dokumenten, die Ihre persönlichen Daten enthalten (z.B. Rezepte), an andere Personen erfolgt nur nach Vorlage einer Vollmacht. Bitte beachten Sie, dass die abholende Person sich ausweisen muss.

Im Falle einer Notfallbehandlung stellen wir anfragenden Krankenhäusern und mitbehandelnden Ärzten Ihre Befunde zur Verfügung, wenn dies für die Behandlung notwendig sein sollte.

Weitere Informationen im Zusammenhang mit der Informationspflicht liegen in unseren Wartezimmern aus. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen diese gern in Kopie zur Verfügung.

Ich habe die Mitteilung gelesen und verstanden und bin mit der oben beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter/in

GERINNUNGSZENTRUM KÖLN – RHEIN-ERFT
Praxisgemeinschaft für Hämostaseologie und Hämotherapie
Prof. Dr. med. Ralf Karger – Dr. med. Kai Severin
Aachener Str. 313 50931 Köln-Lindenthal

Tel.: 0221-99515-0

FAX: 0221-99515-68

Patientenaufnahmebogen

Herzlich willkommen!

Es freut uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Für eine optimale Betreuung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, unseren Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Neuvorstellung ☐

Wiedervorstellung ☐

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Telefonnummer _____

Mobilfunknummer _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde an folgende E-Mail-Adresse versendet werden:

Das Gerinnungszentrum weist ausdrücklich darauf hin, dass der E-Mail-Versand unverschlüsselt erfolgt und damit nicht sicher ist.

Hausarzt _____

Überweisender Arzt _____

Grund der Überweisung _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Rauchen Sie? JA ☐ NEIN ☐ wenn ja was und wieviel pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? JA ☐ NEIN ☐ wenn ja, was und wieviel? _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte trage Sie auch Vitaminpräparate und homöopathische Präparate ein.

	Präparat	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Wahlweise Medikamentenplan mitbringen

Sind bei Ihnen bereits ein oder mehrere der folgenden Ereignisse aufgetreten?

Thrombose JA ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann? _____ Ausgelöst durch? _____

Embolie JA ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann? _____ Ausgelöst durch? _____

Herzinfarkt JA ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann? _____

Schlaganfall JA ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann? _____

Spontane Blutung
Blaue Flecken? JA ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann? _____ Wo und was? _____

Anämie (Blutarmut) JA ☐ Nein ☐ Wenn ja, wann? _____ Ausgelöst durch? _____

Sind bei Ihren direkten Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern, Enkeln) ein oder mehrere der oben genannte Ereignisse aufgetreten?

Wenn ja, welche, wann und bei wem?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann?

Gab es bei den genannten Operationen Komplikationen? Wenn ja, welche?

Haben Sie bereits Blutkonserven oder andere Blutprodukte, wie z.B. Frischplasma oder Gerinnungsfaktoren erhalten?

JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, was und warum?

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig.

Sind Sie schwanger? JA ☐ NEIN ☐ wenn ja, aktuelle Schwangerschaftswoche: Woche __ + Tag __

Haben Sie Kinder? JA ☐ NEIN ☐

Hatten Sie bereits eine oder mehrere Frühgeburten (vor der 38.SSW)?

JA ☐ NEIN ☐ wenn ja, wann? _____ in welcher SSW? _____

Hatten Sie bereits eine oder mehrere Fehlgeburten (Aborte)?

JA ☐ NEIN ☐ wenn ja, wann? _____ in welcher SSW? _____

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung? JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

ICSI ☐ Wie oft? _____ War die Behandlung erfolgreich? JA ☐ NEIN ☐
IVF ☐ Wie oft? _____ War die Behandlung erfolgreich? JA ☐ NEIN ☐

Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig? JA ☐ NEIN ☐

Haben oder hatten Sie auffällig starke und/oder verlängerte Monatsblutungen (mehr als 7 Tage?)

JA ☐ NEIN ☐

Nehmen Sie Orale Verhütungsmittel (Pille)?

JA ☐ NEIN ☐ Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie bereits mit Heparin (Thrombosespritzen) behandelt?

JA ☐ NEIN ☐ Wenn ja, mit welchem Präparat? _____

Vielen Dank für Ihre Mühe.

GERINNUNGSZENTRUM KÖLN – RHEIN-ERFT
Praxisgemeinschaft für Hämostaseologie und Hämotherapie
Prof. Dr. med. Ralf Karger – Dr. med. Kai Severin
Aachener Str. 313 50931 Köln-Lindenthal

Tel.: 0221-99515-0

FAX: 0221-99515-68

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind uns zur Abklärung einer Gerinnungsstörung überwiesen worden. Nach einem Arztgespräch werden wir Ihnen Blut abnehmen und eine Reihe von Blutuntersuchungen durchführen, um die Fragestellung, mit der Ihr Arzt Sie uns vorgestellt hat, zu beantworten.

Unsere Untersuchungsergebnisse sind meist für mehrere Ihrer behandelnden Ärzte von Bedeutung. Wurden Sie von einem Facharzt überwiesen, sollte in der Regel auch Ihr Hausarzt über diesen Befund informiert werden, da er Sie ja grundsätzlich betreut. Wurden Sie von Ihrem Hausarzt überwiesen, sind Ihre Befunde oft für mitbehandelnde Fachärzte (z. B. Gynäkologe, Kardiologe, Neurologe, Internist oder Gefäßmediziner) wichtig.

Wichtig ist auch, dass Sie uns Ihren richtigen Arzt nennen, wenn die Überweisung von einem Vertreter Ihres Arztes ausgestellt wurde.

Wir möchten Sie nun bitten, uns auf diesem Blatt mitzuteilen, welche Ärzte ggf. außer dem überweisenden Arzt Ihre Befunde zusätzlich erhalten sollen.

Mit der Nennung weiterer Ärzte erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Ärzte über Ihre Untersuchungsergebnisse, die auch die Ergebnisse genetischer Untersuchungen beinhalten können, informiert werden.

Vielen Dank.

Erklärung:

Folgende Ärzte sollen zusätzlich zum überweisenden Arzt über meine bei Ihnen erhobenen Befunde informiert werden:

Name	Anschrift (soweit bekannt)	Fachrichtung

Mir ist bekannt, dass meine Zustimmung hierzu freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter/in