

**Peter Zimmermann**  
Arzt für Allgemeinmedizin,  
Palliativmediziner QPA  
Diabetologe

**Praxis Zimmermann**  
Blatehof 33, 47665 Sonsbeck  
Tel.: 02838/910 807, Fax: 02838/910 806  
**Diabetes-Schulungszentrum linker Niederrhein**  
Stettiner Str.7, 47665 Sonsbeck  
Tel.: 02838/8594020, Fax: 02838/8594022  
Diabetes-Sonsbeck@gmx.de

## **Aufnahmebogen** für Patienten mit Diabetes mellitus

Name: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Handy: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm E-Mail: \_\_\_\_\_

**Seit wann** ist bei Ihnen Diabetes mellitus bekannt? \_\_\_\_\_

Typ 1 \_\_\_\_\_  Typ 2 \_\_\_\_\_  weiß ich nicht

Nehmen Sie teil am **DMP - Vorsorgeprogramm für Diabetes?**

ja  nein  weiß ich nicht

Ihre **Diabetestherapie:**

Namen, Dosierung, Einnahme:

Tabletten

\_\_\_\_\_

Insulin

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besondere, diabetesbedingte  
Beschwerden:

viel Durst/Wasserlassen

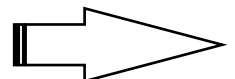
Gewicht zu – /abgenommen

starke Überzuckerung

häufige Unterzuckerungen

\_\_\_\_\_

Bitte wenden Sie das Blatt ...



Ist in Ihrer **Familie bereits Diabetes mellitus bekannt?**

nein       ja:    Mutter  Vater  Geschwister  Großeltern

Ihr **Familienstand:**     ledig  verheiratet     \_\_\_\_\_

Ihr **Haushalt** besteht aus \_\_\_\_ Erwachsenen, \_\_\_\_ Kindern (Alter: \_\_\_\_\_)

Ihr **Beruf:** \_\_\_\_\_ in Rente seit: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie?             ja  nein wenn ja, wie viele täglich? \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie **alkoholische Getränke?** \_\_\_\_\_ x/Tag/Woche/Monat

Besitzen Sie einen **Diabetespass?**       ja  nein

Wann waren Sie zuletzt beim **Augenarzt?** \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Schwerbehinderten-Ausweis?**  ja, \_\_\_\_ %  nein

Haben Sie **Allergien?**  nein     ja: \_\_\_\_\_

**Haben/hatten Sie folgende Krankheiten/Ereignisse?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                              | <input type="checkbox"/> Erkrankungen am Herzen                               |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette/<br>erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
|   | <input type="checkbox"/> Bypass-OP <input type="checkbox"/> Stent-Einlage     |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz<br>(Herzschwäche)         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung                           | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Beine)                       |
|   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                                     |

Haben Sie Ihren **Medikamentenplan** dabei?       ja     nein

Falls nicht, welche Medikamente nehmen Sie noch regelmäßig ein?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alle Angaben sind freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

# PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung in der **PRAXIS PETER ZIMMERMANN** zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation

**in dem erforderlichen Umfang** an

- überweisende und mit/-weiterbehandelnde Ärzte, Einrichtungen wie Krankenhäuser, MVZ, Labore, usw.

**weitergegeben** werden dürfen.

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.

Sonsbeck, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern (Ärztammer Nordrhein, Ärztkammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen, Tierärztkammer Nordrhein, Tierärztkammer Westfalen-Lippe, Zahnärztkammer Nordrhein sowie Zahnärztkammer Westfalen-Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe unter Mitwirkung der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.11.2018 wieder.