

Aufnahmebogen *für Patienten mit Diabetes mellitus*

Name: _____, geboren am: _____

Telefon/mobil: _____ Gewicht: _____ kg

E-Mail: _____ Größe: _____ cm

Seit wann ist bei Ihnen Diabetes mellitus bekannt? _____

Typ 1 _____ Typ 2 _____ weiß ich nicht

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

ja, DMP-Nummer: _____ nein weiß ich nicht

Ihre **Diabetestherapie:**

Namen, Dosierung, Einnahme:

Tabletten (OAD)

Insulin

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

nein ja: Mutter Vater Geschwister Großeltern

Ihr **Familienstand:** ledig verheiratet _____

Ihr **Haushalt** besteht aus ___ Erwachsenen, ___ Kinder unter 18 (Alter: _____)

Ihr **Beruf:** _____ in Rente seit: _____

Rauchen Sie? nein ja, täglich _____ St.

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

Haben Sie **Allergien?** nein ja: _____

Bitte füllen Sie auch die folgenden Seiten aus ...



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

Besitzen Sie einen **Diabetespass**? ja nein

Wann waren Sie zuletzt beim **Augenarzt**? _____

Besondere, diabetesbedingte
Beschwerden:

- viel Durst/Wasserlassen
- Gewicht zu-/abgenommen: +/- _____ kg
- starke Überzuckerung
- häufige Unterzuckerungen

Haben/hatten Sie folgende Krankheiten/Ereignisse?

- Bluthochdruck
- Erhöhte Blutfette/
erhöhtes Cholesterin
- Herzinsuffizienz
(Herzschwäche)
- Nervenerkrankung
- Erkrankungen am Herzen
- Angina pectoris Herzinfarkt
- Bypass-OP Stent-Einlage
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen (Beine)
- 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!

Diabetes-Gruppenschulung gewünscht: ja nein

Vom Arzt auszufüllen:

Diabetes/Ernährungsberatung veranlassen: ja nein

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.