

Peter Zimmermann
Arzt für Allgemeinmedizin,
Diabetologe, Palliativmediziner QPA

Diabetesschwerpunkt-Praxis
Blathof 33, 47665 Sonsbeck
Tel.: 02838/910 807, Fax: 02838/910 806
Diabetes-Zentrum 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/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!

Grundlage der Diabetesversorgung sind Diabetes- und Ernährungsschulungen.

Teilnahme möglich: eher vormittags eher nachmittags
 immer Zeitfenster:



Peter Zimmermann

Arzt für Allgemeinmedizin, Diabetologe
Blatehof 33, 47665 Sonsbeck
Tel.: 02838/910 807, Fax: 02838/910 806
praxiszimmermann@gmx.de

Diabetes-Schulungszentrum

Stettiner Str.7, 47665 Sonsbeck
Tel.: 02838/8594020,
Fax: 02838/8594022
Diabetes-Sonsbeck@gmx.de

KENNTNISNAHME UND EINWILLIGUNG

zum Datenaustausch mit Leistungserbringern, Ausfallhonorar und Information über Inanspruchnahme vertragsärztlicher Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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) zu 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. *

Zudem bitten wir Sie, aus organisatorischen Gründen im Falle **jeder Verhinderung**, vereinbarte Termine in der Diabetesberatung und -Schulung frühestmöglich – aber spätestens 24 Stunden vorher – telefonisch (02838-8594020) / oder per E-Mail (diabetes-sonsbeck@gmx.de) abzusagen. *

Erfolgt keine rechtzeitige Absage, **müssen wir leider ein Ausfallhonorar von 20,00 € in Rechnung stellen.**

Für gesetzlich Krankenversicherte, die ausschließlich diabetologisch betreut werden:

Sie sind verpflichtet, in jedem Quartal Ihre **Krankenkassenkarte** und **eine Überweisung** für die ärztliche Behandlung vorzulegen bzw. innerhalb einer **Frist von 10 Tagen nachzureichen**. Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen die Kosten der Behandlung privat in Rechnung zu stellen.*

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die erfolgte Behandlung in der **PRAXIS PETER ZIMMERMANN** an überweisende und mit/-weiterbehandelnde Ärzte, Einrichtungen wie Krankenhäuser, MVZ, Labore, Pflegedienste, **weitergegeben** werden dürfen. Die Daten dienen dem Zwecke der weiteren Behandlung, sonstiger ärztlichen Versorgung und der lückenlosen Dokumentation **in dem erforderlichen Umfang**.

Zudem habe ich Ihre **Information zum Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen**, bin damit einverstanden, meine Termine bei Verhinderung rechtzeitig abzusagen und andernfalls **eine Rechnung über ein Ausfallhonorar von 20,00 €** zu erhalten.

Ich akzeptiere eine private Rechnung auch bei einer bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung, sollte ich die **notwendige Überweisung** oder die elektronische Gesundheitskarte nicht **innerhalb von 10 Tagen** nachreichen.

Sonsbeck, den _____

Datum

Unterschrift Patient/in

* weitere Informationen erhalten Sie auf der Rückseite dieses Formulars

Weitere Informationen

Datenaustausch mit Leistungserbringern

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 ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

Ausfallhonorar

Da das Diabeteschulungszentrum eine reine Terminpraxis ist und wir für Sie und Ihr Anliegen in der Regel ca. 30 Minuten Zeit reservieren, bitten wir Sie, aus organisatorischen Gründen im Falle **jeder Verhinderung**, vereinbarte Termine in der Diabetesberatung und -Schulung frühestmöglich – aber spätestens 24 Stunden vorher – telefonisch (02838-8594020) oder per E-Mail (diabetes-sonsbeck@gmx.de) abzusagen. So ist es uns möglich, die frei gewordenen Termine kurzfristig neu zu vergeben. Nicht abgesagte Termine können nicht neu besetzt werden und die Wartezeit auf neue Termine verlängert sich auch für Sie unnötig. Erfolgt keine rechtzeitige Absage, müssen wir leider **ein Ausfallhonorar von 20,00 € in Rechnung** stellen.

Information über Inanspruchnahme vertragsärztlicher Behandlung

Für gesetzlich Krankenversicherte, die ausschließlich diabetologisch in der PRAXIS PETER ZIMMERMANN betreut werden, ist es verpflichtend, in jedem Quartal **eine aktuelle Überweisung** und elektronische **Gesundheitskarte** ihrer Krankenkasse für die ärztliche Behandlung vorzulegen oder innerhalb einer **Frist von 10 Tagen nachzureichen**. Die in Anspruch genommene Leistung ist ohne das Vorliegen einer gültigen Überweisung und Ihrer Gesundheitskarte nicht über die gesetzliche Krankenkasse abrechenbar und muss daher privat in Rechnung gestellt werden.

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.