

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 Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes
bzw. Verdacht auf Schwangerschaftsdiabetes*

Name: _____

Geboren am: _____ Telefon: _____

Größe: _____ cm Handy: _____

Gewicht: _____ kg E-Mail: _____

Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg Schwangerschafts-
-Woche (SSW): _____

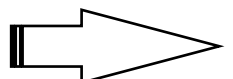
Ist bei Ihnen **Diabetes mellitus bereits bekannt**? nein ja
 Typ 1 _____ Typ 2 _____ Schwangerschaftsdiabetes

Wurde in einer **früheren Schwangerschaft** ein Diabetes festgestellt?
 nein ja, wann: _____

Ihre **Diabetestherapie**: _____ Namen, Dosierung, Einnahme: _____
 Tabletten, Insulin _____
 _____ _____

Sind in Ihrer Schwangerschaft bisher **Probleme** aufgetreten?
 nein ja, welche: _____

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: _____)

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

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/
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
(Herzschwäche) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Beine) |
| | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |

Welche Medikamente nehmen Sie noch regelmäßig ein?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alle Angaben sind freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



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.