

Patientenanmeldebogen
(1) Persönliche Daten

Name: _____ Straße: _____
 Vorname: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____ Land: _____
 Geschlecht: _____ Telefon: _____
 Staatsangeh.: _____ E-Mail: _____

(2) Kontaktperson

Name: _____ Straße: _____
 Vorname: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Firma/Institution: _____ Telefon: _____

In welchem Verhältnis stehen Sie zur Kontaktperson?

- Angehöriger Ambulanter Pflegedienst
 Amtlicher Betreuer Sonstiges: _____

(3) Einwilligung zur Datenübermittlung

zwischen MVZ und Klinikum Kassel bzw. Hausarzt sowie sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern

- Ja **Ich bin damit einverstanden**, dass das MVZ und die **Krankenhaus Bad Arolsen GmbH** gegenseitig für meine Behandlung im MVZ bzw. im Krankenhaus Bad Arolsen relevante Behandlungsdaten und Befunde austauschen, um mir eine möglichst optimale Behandlung zu ermöglichen.

- Nein **Ich bin damit einverstanden**, dass das MVZ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt sowie sonstige vor-/nach-/weiterbehandelnde Ärzte** übermittelt und für meine Behandlung im MVZ relevante Behandlungsdaten und Befunde dieser Ärzte erhält. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt/sonstigem Arzt/Behandler übernommen wird.

Mein Hausarzt ist:

 Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte

Sonstige Ärzte:

 Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte

 Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte

Meine Einwilligung erteile ich freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung kann ich schriftlich an das Klinikum Kassel richten. Sie hat keine Rückwirkung, d. h. die Verarbeitung meiner Daten ist bis zum Zugang meines Widerrufs rechtmäßig. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.gnh.net/patienteninfo

 Datum

 Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Patientenanmeldebogen

(4) Anamnese

Wie oft müssen Sie durchschnittlich Wasserlassen?

Am Tag _____

In der Nacht _____

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

_____ Liter

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten:

Asthma Bronchiale oder COPD

Ja Nein

Diabetes Mellitus Typ _____ (I oder II)

Ja Nein

Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom / Grüner Star)

Ja Nein

Herzerkrankungen

Ja, welche

Nein

Defibrillator / Schrittmacher

Ja Nein

Krebserkrankungen

Ja, welche

Nein

Sonstige Erkrankungen wie Thrombose, Schilddrüse, Epilepsie, Autoimmunerkrankungen etc.

Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünner?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

Ja, wann

Nein

Haben Sie schon einmal eine Bestrahlung erhalten?

Ja, wann

Nein

Haben Sie schon einmal eine Chemotherapie erhalten?

Ja, wann

Nein

Sind bei Ihnen Allergien, Medikamenten- und / oder Kontrastmittelunverträglichkeiten bekannt?

Ja,

Nein

Bitte führen Sie hier wichtige Operationen auf:
