



Patientenfragebogen W8

Weberstraße 8 · 52064 Aachen
Tel. 0241 990055-0
Fax. 0241 990055-22
info@onkologie-aachen.de
www.onkologie-aachen.de

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

für eine gute Betreuung ist es wichtig, dass wir umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert sind. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an.

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt oder einer Arzthelferin persönlich zu übergeben. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Name: _____
Vorname: _____ Geb.Datum _____
Anschrift: _____
Beruf: _____
Telefon: _____ Im Notfall: _____
Raucher/in: ☐ Ja, ca. _____ /Tag ☐ Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol: ☐ Ja, ca. _____ /Tag ☐ Nein

Was führt Sie in unser MVZ? Beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Beschwerden und die bisherige Behandlung!

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ☐ Ja, _____ ☐ Nein

Haben Sie einen Pflegegrad? (angeben!) ☐ Ja, _____ ☐ Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Ärzte sollen über Ihre Erkrankung informiert werden?



Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen | ☐ Diabetes mellitus (Zucker) |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Lungen-/ Atemwegserkrankungen |
| ☐ Infektionskrankheiten | ☐ Blutungs-/Thromboseneigung |
| ☐ Leber- und Nierenerkrankungen | ☐ Nerven- und Augenerkrankungen |
| ☐ Gelenkerkrankungen | |
| ☐ Allergien, wenn ja, welche? _____ | |
| ☐ Andere Krankheiten, wenn ja, welche? _____ | |
| ☐ Krebserkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann? _____ | |

Leiden Sie unter Schmerzen? Wenn ja, welche und seit wann?

- ☐ Ja, _____
- ☐ Nein

Frühere Operationen (welche, wo und in welchem Jahr?)

Haben/hatten Ihre Eltern/Geschwister oder Kinder chronische oder bösartige Erkrankungen?

Sonstige wichtige Angaben:

Bitte tragen Sie Ihre aktuelle Medikation auf beiliegender Liste ein!

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit!



Es ist ein **Bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP)** oder ein **Elektronischer Medikationsplan (eMP)** erforderlich, wenn Sie mehr als 3 Medikamente einnehmen.

Ohne einen Medikationsplan können wir keine Verordnungen von neuen Medikamenten vornehmen.

Beispiel/Vorlage:

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Einheit	Hinweise	Grund
Acetylsalicylsäure	Aspirin 100 mg Tabletten	100 mg	Tablette	Stück		Blutverdünnung
Paracetamol	Paracetamol 1000 mg Tabletten	1000 mg	Tablette	Stück		Schmerzmittel
Warfarin	Warfarin 5 mg Tabletten	5 mg	Tablette	Stück		Blutverdünnung
Simvastatin	Simvastatin 40 mg Tabletten	40 mg	Tablette	Stück		Cholesterin

Beispiel BMP

Bitte bringen Sie diesen zum 1. Termin mit



Einverständniserklärung

über die Inanspruchnahme von Leistungen nach GOÄ

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Versicherung: _____

Mir ist bekannt, dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Gemäß der Gebührenordnung werden die ärztlichen Leistungen mit einem Faktor 1,0 bis 3,5 multipliziert, im Allgemeinen werden durchschnittliche Leistungen bis 2,3 multipliziert, Sachleistungen bis 1,8 multipliziert. Leistungen, die nur mit erheblichen Schwierigkeiten bzw. Zeitaufwand oder unter besonderen Umständen durchführbar sind, werden mit einem Faktor bis zu 3,5 multipliziert und in der Liquidation schriftlich begründet.

Die Gebührenordnung regelt die Rechnungslegung des Arztes. Private Versicherungsbedingungen und Beihilfевorschriften haben keine Wirkung gegenüber dem Arzt. Private Krankenversicherungsunternehmen erstatten Kosten nach ihren Versicherungsbedingungen.

Gemäß der GOÄ §6 Abs. 2 nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführte ärztliche Leistungen können entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand **gleichwertigen** Leistungen des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

Von den Ärzten des MVZ W8 Onkologie Aachen werden unter Umständen bestimmte Untersuchungen (z.B. Labor, Pathologie usw.) an andere Einrichtungen vergeben. Von diesen Institutionen werden gesonderte Rechnungen erstellt.

Im Falle der Nichtbegleichung meiner Rechnung wird das MVZ W8 Onkologie Aachen ein übliches Mahnverfahren einleiten und wenn notwendig die Sache sowie meine persönlichen Daten an Dritte, z.B. an einen Rechtsanwalt und/oder an ein Inkassobüro, weiterleiten.

Mir ist bekannt, dass einzelne im MVZ W8 Onkologie Aachen in Anspruch genommene Leistungen möglicherweise nicht von meiner Beihilfestelle bzw. meiner privaten Krankenversicherung anerkannt werden. Dies entbindet mich nicht von meiner Zahlungsverpflichtung gegenüber des MVZ W8 Onkologie Aachen. Bereits geleistete Zahlungen kann ich nicht zurückfordern.

Sollte meine Versicherung einzelne Leistungen nicht übernehmen, habe ich kein Recht auf eine nachträgliche Änderung bzw. Anpassung der Rechnung. Hiermit erkläre ich, dass ich für die in Anspruch genommenen Leistungen im Falle der Nichtleistung der Krankenversicherung selbst aufkommen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

☐ **Ja**, ich wünsche eine Kopie dieses Schreibens und habe diese erhalten.

☐ **Nein**, ich wünsche keine Kopie dieses Schreibens.



Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Einwilligung Datenschutz

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es notwendig, personenbezogene Daten (alle Informationen, die sich auf eine identifizierbare natürliche Person beziehen) und Gesundheitsdaten zu erheben und zu verarbeiten, in manchen Fällen auch zu übermitteln. Es ist auch erforderlich, Sie mit Ihrem Nachnamen und ggf. auch mit dem Vornamen aus dem Wartezimmer aufzurufen.

Zudem wird ein Identifikationsfoto für die Akte angelegt (freiwillig), das uns hilft, eine rasche persönliche Erinnerung an Sie zu haben und eine sichere Identifikation zu gewährleisten, z.B. wenn Sie uns anrufen.

Der Umgang mit Ihren Daten erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Alle Daten werden bei uns elektronisch gespeichert. Der Zugang zu diesen Daten ist dabei mit Zugriffsberechtigungen und Kennwörtern für alle Arbeitsbereiche geschützt, die allen entsprechenden rechtlichen Anforderungen genügen.

Eine detaillierte Information zur Erhebung, Speicherung und Verwendung Ihrer Daten können Sie dem Aushang in unseren Wartezimmern entnehmen.

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsangaben einverstanden.

Ich bin gemäß BDSG §20 Absatz 5 berechtigt, diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

☐ **Ja**, ich wünsche eine Kopie dieses Schreibens und habe diese erhalten.

☐ **Nein**, ich benötige keine Kopie dieses Schreibens.



Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist die Übermittlung persönlicher Daten (personenbezogene Daten, Gesundheitsdaten) zu Untersuchungszwecken oder Behandlungskooperationen notwendig. Einige dieser Datenübermittlungen beruhen nicht auf einer gesetzlichen Grundlage und bedürfen daher Ihrer Einwilligung. Dies sind im Folgenden:

- Auftragslaboratorien*
- Mitbehandelnde Ärzte (in Arztpraxen und/oder Krankenhäusern)*, Reha-Einrichtungen*
- Apotheken*
- Pathologische Institute*
- Transportunternehmen (Transport von Laborproben)*

Schweigepflichtentbindung

Bitte ankreuzen und in Druckschrift schreiben!

Hausarzt: ☐ ja ☐ nein

Mitbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser: ☐ ja ☐ nein

Andere Personen, z. B. Ehemann, Ehefrau, Kinder

(Name, Vorname, Geburtsdatum) Bitte mit einer Telefonnummer: ☐ ja ☐ nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten weitergeleitet werden dürfen und entbinde somit die Ärzte des MVZ W8 Onkologie Aachen von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Institutionen. Es werden keine Daten an unbeteiligte Dritte übermittelt (dies bedarf Ihrer ausdrücklichen Zustimmung).

Ich bin gemäß BDSG §20 Absatz 5 berechtigt, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

☐ **Ja**, ich wünsche eine Kopie dieses Schreibens und habe diese erhalten.

☐ **Nein**, ich wünsche keine Kopie dieses Schreibens.

*Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.

Patienteninformation

gemäß §4 Abs. 4 Krebsregistergesetz
(KRG NRW) in Kraft seit dem 1. Juli 2005

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Erfassung von Krebserkrankungen in ein Krebsregister liefert wichtige Informationen über die zeitliche Entwicklung und die örtliche Verteilung der einzelnen Krebserkrankungen. Darüber hinaus gibt sie Hinweise auf die Qualität der Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Krebserkrankungen in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens und verbessert die Planung von Strukturen des Gesundheitswesens. Mit Ihren Daten leisten Sie einen wesentlichen Beitrag zur Erforschung bisher unbekannter Risikofaktoren und Ursachen von Krebs.

Daher sind alle Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte in Nordrhein-Westfalen seit dem 1. Juli 2005 gesetzlich verpflichtet, Tumorerkrankungen und ihre Frühstadien an das Epidemiologische Krebsregister NRW in Münster zu melden. Falls bei Ihnen eine derartige Erkrankung festgestellt wurde, sind wir gesetzlich zur Weitergabe dieser Informationen verpflichtet.

Eine Meldung an das Epidemiologische Krebsregister NRW ist nicht zustimmungspflichtig, denn die Erfassung erfolgt streng anonymisiert. Nur für bestimmte, streng zu prüfende Projekte des Gesundheitsschutzes und der Forschung dürfen Ihre gespeicherten Daten wieder entschlüsselt werden. Hierzu wird die Ärztekammer Nordrhein mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um Ihre Zustimmung einzuholen. Mit Ihrer Teilnahme könnten Sie dann einen Beitrag zur Bekämpfung von Krebserkrankungen leisten. Wollen Sie jedoch nicht, dass in einem solchen Fall mit Ihnen Kontakt aufgenommen wird, sollten Sie uns dies auf diesem Blatt mitteilen, damit Ihre Meldung an das Krebsregister mit einem entsprechenden Vermerk versehen wird. Ihnen entstehen hierdurch keinerlei Nachteile bezüglich Ihrer Behandlung. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter



EKR NRW gGmbH
Robert-Koch-Str. 40
48149 Münster
Telefon: (0251) 83-58571
Telefax: (0251) 83-58577
www.krebsregister.nrw.de

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitwirkung.

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme durch die Ärztekammer Nordrhein

- ☐ einverstanden
- ☐ nicht einverstanden

Ort, Datum

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ☐ **Ja**, ich wünsche eine Kopie dieses Schreibens und habe diese erhalten.
- ☐ **Nein**, ich wünsche keine Kopie dieses Schreibens.



Einverständniserklärung zum E-Mail Versand

Angaben zum Auftragsverarbeiter:

MVZ W8 Onkologie Aachen

Dr. med. Dirk Tummes
Dr. med. Andreas Lang
Dr. med. Barbara Emonds
Dr. Eva Jennes
Weberstraße 8, 52064 Aachen

Angabe zum Auftraggeber/Patienten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Gesundheitsdaten können auf verschiedene Arten elektronisch kommuniziert werden. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM ALBIS erfasst sind.

Ich wurde darüber informiert und willige ein, dass meine Ärztin/mein Arzt diese personenbezogenen Daten von mir zu Zwecken der Behandlung/Weiterbehandlung durch andere Ärzte auf elektronischem Weg mittels CGM ALBIS übermitteln darf

[] auf meine elektronische Gesundheitskarte (eGK).

[] zu Zwecken der Behandlung/Weiterbehandlung durch andere Ärzte per eArztbrief.

In beiden Fällen erfolgt die Übermittlung für mich kostenfrei verschlüsselt über sichere Datenleitungen der Telematikinfrastruktur (TI). Die Ärzte des MVZ W8 Onkologie Aachen und die dazugehörigen MVZ-Mitarbeiterinnen dürfen erstellen, auslesen und verändern.

Unabhängig hiervon existiert auch die Möglichkeit der direkten unverschlüsselten Kommunikation über den unverschlüsselten Emailverkehr.

[] Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von personenbezogenen Daten in PDF-Format per einfacher, unverschlüsselter E-Mail Kommunikation einverstanden. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Meine E-Mail-Adresse/n:

BITTE IN DRUCKSCHRIFT ANGEBEN!

→

Diese Einwilligung ist jederzeit auch in Teilen widerrufbar.

Ort und Datum

Unterschrift

☐ **Ja**, ich wünsche eine Kopie dieses Schreibens und habe diese erhalten.

☐ **Nein**, ich wünsche keine Kopie dieses Schreibens.