



Persönliche Daten, Krankengeschichte und Datenschutz

1. Persönliche Daten

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____ Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Telefon: _____ mobil: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

e-Mail: _____

derzeitiger Beruf: _____

2. Versicherung

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen im Krankenhaus:

Einbettzimmer ja nein Zweibettzimmer ja nein
Chefarztwahl ja nein Beihilfe ja _____% nein

3. vorbestehende Erkrankungen

Hatten/haben Sie?

koronare Stents nein ja, Jahr _____

Thrombose nein ja, Jahr _____

Lungenembolie nein ja, Jahr _____

Diabetes nein ja

Rheumatoide Arthritis nein ja

sonstige Erkrankungen: _____

Allergien: _____

4. aktuelle Medikation (Falls Sie alternativ einen Medikationsplan dabei haben, geben Sie diesen bitte ab!)

Diabetestabletten? nein ja, welche: _____

Blutverdünner? nein ja, welche: _____

bitte wenden!

5. Welchen **vorherigen Operationen des Kniegelenks** haben Sie sich bereits unterzogen (Jahr)?

6. **Arbeits- oder Wegeunfall?** nein ja, Datum: _____

7. Besteht eine **Pflegestufe?** nein ja, Grad: _____

8. Besteht eine **Schwangerschaft?** nein ja

9. Einverständniserklärung zur Erhebung/Speicherung/Übermittlung von Patientendaten (gem. §73, Abs. 1b, SGB V)

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten in der **KniePraxis** gespeichert und verarbeitet werden.
- der mich behandelnde Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

Hausarzt: Dr. _____, Ort: _____

- folgende Angehörige **Auskunft** hinsichtlich meiner Befunde, einer Terminvereinbarung und der Rezeptvergabe erhalten dürfen: **Ehepartner** **Lebenspartner** **Eltern** **Kinder**

- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- meine Daten für die sog. Versorgungsforschung, d.h. die anonymisierte Auswertung von ohnehin routinemäßig erhobenen Daten, benutzt werden dürfen.
- ich eine Empfehlung des behandelnden Arztes wünsche, falls im Anschluss oder im Zusammenhang mit der Behandlung eine weiterführende Behandlung mit physikalisch-medizinischen Leistungen oder die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erforderlich sein sollte.
- im Falle einer geplanten Operation meine dafür notwendigen Daten an die entsprechende Klinik weitergereicht werden dürfen.
- im Falle einer geplanten Operation, die patienten-spezifischer, individuell hergestellter Lösungen bedarf, meine dafür notwendigen Daten an den entsprechenden Hersteller im Inland oder inner- oder außereuropäischen Ausland weitergereicht werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich o.g. Erklärungen jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann. Mir wurde mitgeteilt, dass ich jederzeit die geltenden Datenschutzbestimmungen in der Praxis einsehen kann, ich auf Wunsch auch eine Kopie bekommen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters