



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten so viel Zeit wie möglich für Ihre Herzangelegenheiten haben. Daher bitten wir Sie, die folgenden Fragen so gut Sie können zu beantworten. Ihre Angaben werden wie auch alle weiteren persönlichen Daten vertraulich behandelt. Wenn Sie Schwierigkeiten haben sollten, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Medikamenteneinnahme:

siehe beiliegenden Verordnungsplan

oder

Führen Sie bitte **sämtliche Medikamente** an, die Sie einnehmen! (ebenso: Insulin, Schmerztabletten, etc.)

| Medikament / Stärke | morgens | mittags | abends | nachts |
|---------------------|---------|---------|--------|--------|
|                     |         |         |        |        |
|                     |         |         |        |        |
|                     |         |         |        |        |
|                     |         |         |        |        |

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)

Ja

Nein

Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_

Falls Vorerkrankungen / Operationen am Herzen bekannt sind, bitte ankreuzen:

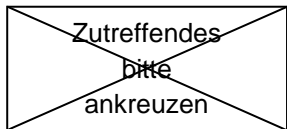
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinfarkt
- Herzmuskelerkrankung
- Klappenfehler / OP
- Herz-Schrittmacher
- Rhythmusstörungen / Vorhofflimmern
- Katheter / Stent
- Bypass-Operation

Falls Sie (chronische) Vorerkrankungen haben, bitte ankreuzen:

- Thrombose
- Schlaganfall
- Operation Halsgefäße
- Schilddrüse
- Lunge
- Niere / Harnblase
- Bauchschlagader (Aorta)
- Bluterkrankung
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Rheuma
- Krebserkrankung
- Infektionen

Sonstige: \_\_\_\_\_

Kardiale Risikofaktoren:



|                          |                                     |                                                          |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Haben Sie Bluthochdruck? | Haben Sie erhöhte Blutfette?        | Gab es bei Eltern/Geschwistern Herzinfarkt/Schlaganfall? |
| Sind Sie zuckerkrank?    | Rauchen Sie? Wieviel und seit wann? | Haben Sie früher geraucht?                               |

Wie dürfen wir Sie an Ihren nächsten Termin erinnern?

- per SMS \_\_\_\_\_
- per Mail \_\_\_\_\_
- telefonisch \_\_\_\_\_

Vielen Dank!



Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

es ist rechtlich geregelt, dass wir Patientendaten nur erheben und übermitteln dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind.

Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen

- Fachärzte
- Hausärzte
- Krankenhäuser
- kassenärztliche Vereinigungen
- Krankenkassen
- MDK
- Versorgungsämter
- Ärztekammern
- privatärztlichen Verrechnungsstellen

z.B. Befundberichte von uns benötigen.

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage die Daten von uns erhalten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Nur wenn uns dies vorliegt, werden diese Daten weitergeleitet.

Die elektronische Patientenakte, kurz „ePA“, ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur.

Die ePA ist eine patientengeführte Akte. Das heißt, Sie entscheiden, ob und wie Sie die Akte nutzen und wem Sie welche Daten zur Verfügung stellen möchten.

Sie soll die bisher an verschiedenen Orten wie Praxen und Krankenhäusern abgelegten Patientendaten digital zusammentragen.

Somit soll die ePA als eine lebenslange Informationsquelle gelten.

**Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine elektronische Patientenakte führen.**

Mit meiner Unterschrift stimme ich dem zu.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Ihr Praxisteam Dr. Haase**

---

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters