

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich mit Ihren „Herzensangelegenheiten“ an uns wenden.

Als Termin zur kardiologischen Untersuchung in unserer Praxis haben wir den

_____ Uhr

für Sie reserviert.

Der erforderliche Zeitaufwand für Ihren Besuch beträgt ca. 1-2 Stunden. Planen Sie also bitte ausreichend Zeit ein.

Bringen Sie bitte die folgenden Unterlagen zur Untersuchung mit:

- ✓ Überweisung und Krankenversichertenkarte
- ✓ Ergebnisse bzw. Unterlagen von Voruntersuchungen oder Krankenhausaufenthalten
- ✓ Ihre neuesten Laborwerte (insbesondere Cholesterinwerte mit HDL- und LDL- Cholesterin sowie die Triglycerid-Werte)
- ✓ Eine Liste der Medikamente, die sie zurzeit einnehmen (s. bitte Rückseite)
- ✓ Dieses Schreiben

Als besonderen Service stellen wir sicher, dass bei Ihrem ersten Praxisbesuch - sofern erforderlich - alle kardiologischen Basisuntersuchungen (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Herzultraschall) durchgeführt werden. Hierzu haben wir entsprechende Untersuchungszeiten für Sie reserviert*.

Um Ihren Praxisbesuch für Sie so effektiv wie möglich zu gestalten, füllen Sie bitte den Fragebogen auf der Rückseite aus. Sollten Sie hierzu Fragen haben, steht Ihnen unser Praxisteam gerne am Untersuchungstag zu Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Ihr Praxisteam

*Nicht immer kann man einen vereinbarten Arzttermin einhalten. Geben Sie uns in diesem Fall bitte *spätestens am Vortag bis 13:00 Uhr* Bescheid. Haben Sie bitte dafür Verständnis, dass wir Ihnen – sofern Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig abgesagt haben - aus o. g. Gründen 50,- € Ausfallpauschale in Rechnung stellen müssen.

Name, Vorname, Tel.-Nr.: _____

Beruf: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: Internet Gelbe Seiten Telefonbuch Empfehlung

Nehmen Sie am Programm „DMP Koronare Herzkrankheit“ beim Hausarzt teil?

Haben Sie Herz- oder Brustschmerzen ?	ja	nein
Werden Sie kurzatmig schon bei leichten Anstrengungen ?	ja	nein
Wie viele Etagen können Sie Treppensteigen ohne stehenzubleiben?	_____	weiß ich nicht
Wie oft müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen ?	_____ mal	
Haben Sie zeitweise Wasser in den Beinen ?	ja	nein
Müssen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper schlafen?	ja	nein

Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?	ja	nein
Haben Sie plötzlich auftretende Schwindelanfälle ?	ja	nein
Kommt es des öfteren zu einem Herzrasen ?	ja	nein
Verspüren Sie zeitweilig einen unregelmäßigen Herz- oder Pulsschlag ?	ja	nein

Haben Sie hohen Blutdruck ?	ja	nein
Wie hoch war Ihr Blutdruckwert in letzter Zeit durchschnittlich?		____/____ mmHg
Sind Sie Raucher ?	ja	nein
Wenn Sie geraucht haben, wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?		19/20_____
Leiden Sie an einer Erhöhung des Blutzuckers ?	ja	nein
der Blutfette ?	ja	nein
Leiden Sie unter Bewegungsmangel (weniger als 150 Min. Bewegung/Woche oder 75 Min. Sport/Woche)?	ja	nein
Hatten Ihre Eltern / Geschwister Durchblutungsstörungen des Herzens vor dem 65. LJ (Herzinfarkt, Bypass-Operation, Ballonaufdehnung, Stent)	ja	nein

Welche Herzkrankheiten haben Sie bisher durchgemacht?

Sonstige Krankheiten, Operationen oder Unfälle?

Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Sie z.Zt. einnehmen! Name und Wirkstärke des Medikamentes:	Anzahl		
	morgens	mittags	abends
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			

Ort/Datum

Unterschrift d. Pat.

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn dies entweder gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (zum Beispiel andere Ärzte, Krankenhäuser, Labor) übermitteln zu dürfen (zum Beispiel mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Andernfalls ist uns eine Datenübermittlung an andere Dienstleistungserbringer nicht möglich und Sie müssen diese gegebenenfalls selbst vornehmen.

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Ich bin damit einverstanden, dass¹

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten sowie Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- Daten und Befunde über die ärztliche Behandlung per Fax und/oder per E-Mail an meine behandelnden Ärzte und Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ Bevollmächtigter

Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende **Angehörige** weitergegeben werden oder Dokumente und Rezepte abgeholt werden können, nachdem die Identität festgestellt wurde.

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient /Erziehungsberechtigter/ Bevollmächtigter