



Ärztepartnerschaft – Diagnostische & operative Endoskopie – Tagesbetten

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort:

Tel.-Nr. privat (Mobil)

Name der Krankenkasse

Beruf:

Überweisender Arzt (Name, Telefonnummer) **und** Hausarzt, wenn abweichend!

	Ja	Nein	Weiß ich nicht
Neigen Sie zu Nachblutungen?			
(Frauen im gebärfähigen Alter) Sind Sie schwanger?			
Sind Sie allergisch? (wenn ja auf welche Stoffe, Medikamente?)			
Auf Pflaster ? Latex? Erdnuss? Hühnereiweiß? Soja?			
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?			
Herzerkrankungen?			
Hoher oder niedriger Blutdruck?(<i>zutreffendes bitte unterstreichen</i>).			
Asthma, Tuberkulose, COPD? Schlafapnoe?			
Hepatitis (Gelbsucht)?			
Diabetes (Zuckerkrankheit)? Insulinpflichtig? Typ:			
Glaukom (grüner Star)?			
Nierenerkrankungen? Niereninsuffizienz?			
Rheuma?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Zur Blutverdünnung, z.B. Marcumar, ASS, Aspirin, Clopidogrel, Prasugrel o. a.)?			
HIV positiv?			
Operationen? Welche?			
Rauchen Sie?			
Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt (speziell Magen- und Darmkrebs)?			
Wenn ja, welche, wer? _____			

Ich bin einverstanden, dass bei der Untersuchung oberflächliche, schmerzfreie Schleimhautproben entnommen und histopathologisch untersucht werden. Ja: _____ Nein: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- 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.

München, _____

Unterschrift des Patienten