



Kardiologie
Thomas Gamm • Dr. Franziska Bruhn
Teltower Damm 15
14169 Berlin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Informationsverluste zu vermeiden und für Sie Zeit zum Gespräch zu gewinnen, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Bei Unklarheiten füllen wir sie gemeinsam aus!

Name	Vorname	Geburtsdatum	Größe	Gewicht	Telefonnummer

Kardiovaskuläres Risikoprofil:	JA	NEIN
Sind Sie Raucher/-in? (Wenn ja, wie viel am Tag? Seit wann?)		
Haben Sie erhöhte Blutfette/Cholesterin?		
Haben Sie Diabetes?		
Haben Sie Bluthochdruck?		
Gibt oder gab es in der Verwandtschaft (Vater ,Mutter ,Geschwister) bekannte Herzerkrankungen?		
Sind (Medikamenten-)Allergien bekannt? (Wenn ja, welche?)		
Blutgerinnungsstörung?(gerinnungshemmende Medikamente?)		
Treiben Sie Sport? (Wenn ja, was ? Wie oft?)		

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name? Dosierung?)

Vorerkrankungen / Krankenhausaufenthalte:	JA	NEIN
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Herzkrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzkatheteruntersuchungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ballonaufweitung /Stentimplantation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhausaufenthalte? (Wenn ja, wann ,wo und weshalb?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere ernsthafte Erkrankungen?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bitte beachten Sie, dass wir bei nicht wahrgenommenen Terminen, welche nicht 24 Stunden vorab storniert wurden, eine Ausfallgebühr in Höhe der geplanten Leistung erheben (laut Gebührenordnung für Ärzte). Bei Langzeit-Geräten, welche nicht im vereinbarten Zeitraum zurück gebracht werden, erlauben wir uns eine Ausfallgebühr von 50 Euro zu erheben.

Datum und Unterschrift

Bitte Rückseite ausfüllen →



Kardiologische Gemeinschaftspraxis

Thomas Gamm · Dr. Franziska Bruhn

Fachärzte für Kardiologie · Innere Medizin · Rettungsmedizin

Hypertensiologie DHL · Präventivmedizin DAPM

Teletower Damm 15 · 14169 Berlin · Telefon: 030 / 84 71 43 34

Fax: 030 / 81 05 26 50 · Mail: info@kardiologie-gamm.de

www.kardiologie-gamm.de

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

(Name, Vorname, Geb.-Datum)

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.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.,
gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.