



Anmeldung und Anamnese

Fragebogen für Patientinnen

Patientin	Überweisender Arzt
Name/Vorname	Name
Geburtsdatum	Straße
Straße	Ort
PLZ/Ort	Telefon
E-mail	Fax
Telefon	
Rechnung an (bei Privat-Versicherten)	Hausarzt (wenn Befundübermittlung gewünscht)
Name, Vorname	Name
Adresse (wenn abweichend)	Straße
Ort	Ort
Telefon	Telefon
Fax	Fax
Anamnese	Grund der Überweisung
Größe Gewicht BMI	
Blutgruppe Beruf.....	
Sind Sie schwanger?	
☐ ja ☐ nein Entbindungstermin	
Anzahl der Geburten Anzahl der Fehlgeburten	
IVF	
☐ ja ☐ nein durchgeführt fehlgeschlagen	
	Messtechnische Ergebnisse (vom Arzt auszufüllen)
	RR: Puls:



Thrombosen und Embolien

Hinweis: Wenn Sie schon einmal eine oder mehrere Thrombosen/Lungenembolien hatten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen für jede Thrombose.

	1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose
1.	Wann (Monat/Jahr) hatten Sie die erste Thrombose bzw. weitere Thrombosen?		
	/.....	/.....	/.....
2.	Welche Thrombose war dies und welcher Körperteil war dabei betroffen? Bitte ankreuzen		
	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht
	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere
	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite
3.	Mit welcher Untersuchung wurde die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?		
	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel
	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie
4.	Haben Sie in der Zeit vor der Thrombose eine Reise gemacht, bei der Sie länger als 4 Std. sitzen mussten? Wenn ja, mit welchem Transportmittel?		
	☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug
5.	Mussten Sie in der Zeit vor der Thrombose längere Zeit liegen? Wenn ja, weshalb und wie lange?		
	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: anderer Grund:
	Dauer:	Dauer:	Dauer:



	1.Thrombose	2. Thrombose	3.Thrombose
6.	Hatten Sie in den Wochen vor der Thrombose eine Infektion oder Fieber?		
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
7.	Hatten Sie vor der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung? Wenn ja, welche?		
			
8.	Hatten Sie in der Zeit der Thrombose oder Embolie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welchen Tumor?		
			
9.	Waren Sie zum Zeitpunkt der Thrombose schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?		
	SSW:	SSW:	SSW:
10.	Hatten Sie die Thrombose innerhalb von 8 Wochen nach einer Geburt? Wenn ja, wie viele Wochen nach der Geburt?		
	 Wochen	 Wochen	 Wochen
11.	Haben Sie zur Zeit der Thrombose die Pille genommen oder Tabletten wegen der Wechseljahre? ☐ ja ☐ nein		
	Med:	Med:	Med:
	Dauer:	Dauer:	Dauer:

Blutungsneigung

12.	Bluten Sie häufiger? Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft?	☐ ja ☐ nein
13.	Bluten bei Ihnen Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach?	☐ ja ☐ nein
14.	Haben Sie Wundheilungsstörungen?	☐ ja ☐ nein
15.	Haben Sie verstärktes Zahnfleischbluten? Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? ☐ beim Zähneputzen ☐ bei zahnärztlichen Behandlungen ☐ ohne erkennbaren Grund	☐ ja ☐ nein



16.	Bekommen Sie leicht blaue Flecken, auch ohne dass Sie sich anstoßen? Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft ungefähr? Seit wann? (Monat/Jahr) ☐ an den Armen / ☐ an den Beinen / ☐ am Rumpf /	☐ ja ☐ nein																														
17.	Haben Sie häufig Nasenbluten? Wenn ja, Wie oft haben Sie Nasenbluten? seit wann?/..... ☐ einige Male im Jahr ☐ mehrmals im Monat ☐ mehrmals die Woche Auf welcher Seite? ☐ rechtes Nasenloch ☐ linkes Nasenloch ☐ beide Seiten Haben Sie Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund? Waren Sie schon bei einem HNO-Arzt wg. des Nasenblutens? Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt? Hat der Arzt eine Verödung gemacht? Hat der Arzt eine Tamponade gelegt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein																														
18.	Haben Sie schon einmal Blut im Urin oder Stuhl bemerkt? Wenn ja, was war die Ursache?	☐ ja ☐ nein																														
19.	Hatten Sie schon einmal Magenbluten?	☐ ja ☐ nein																														
20.	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Störung der Blutgerinnung festgestellt? Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt?	☐ ja ☐ nein																														
21.	Wurde Ihre Blutungsneigung schlimmer, nachdem Sie ein Medikament eingenommen haben? (z.B. ein Schmerzmittel) Wenn ja, welches Medikament?	☐ ja ☐ nein																														
22.	Hatten Sie schon Operationen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, beantworten Sie bitte für jede Operation folgende Fragen: a) Gab es sofort nach der Operation besonders starke Nachblutungen? b) Gab es einige Tage später besonders starke Nachblutungen? c) Bekamen Sie dabei eine Transfusion? d) In welchem Monat / Jahr war die Operation?																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Operation</th> <th style="width: 16.5%;">sofort starkes</th> <th style="width: 16.5%;">später starkes</th> <th style="width: 16.5%;">Transfusion</th> <th style="width: 17%;">Wann?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td>☐ ja ☐ nein</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Operation	sofort starkes	später starkes	Transfusion	Wann?		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein			☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
Operation	sofort starkes	später starkes	Transfusion	Wann?																												
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																													
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																													
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																													
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																													
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein																													
23.	Ist demnächst eine Operation geplant? Wenn ja, welche Operation? Wann? (Bitte nennen Sie das genaue Datum)	☐ ja ☐ nein																														



Schwangerschaft und Regelblutung

Fragen zu Schwangerschaften

24.	Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, wie oft? (einschließlich Fehlgeburten)-mal	☐ ja ☐ nein
25.	Wurde bei Ihrer Schwangerschaft eine Rhesus-Prophylaxe durchgeführt? Wenn ja, wann?	☐ ja ☐ nein
26.	Gab es eine Gestose in Ihrer/n Schwangerschaft/en? (Gestose = Schwangerschaftsvergiftung, z.B. Präeklampsie)	☐ ja ☐ nein
27.	Gab es andere Komplikationen in Ihrer/n Schwangerschaft/en? Wenn ja, welche	☐ ja ☐ nein

28.	Wenn Sie eine oder mehrere Entbindungen hatten: Nennen Sie bitte Monat/Jahr der Geburt, Schwangerschaftswoche (SSW) und das Geburtsgewicht des Kindes:			
	Entbindungen	Monat / Jahr	SSW	Geburtsgewicht
	1. Kind	/.....		g
	2. Kind	/.....		g
	3. Kind	/.....		g
	4. Kind	/.....		g

29.	Wenn Sie eine oder mehrere Fehlgeburten hatten: Nennen Sie bitte Monat/Jahr der Fehlgeburt und Schwangerschaftswoche (SSW):		
	Fehlgeburten	Monat / Jahr	SSW
	1.	/.....	
	2.	/.....	
	3.	/.....	
	4.	/.....	

Fragen zur Regelblutung (Bitte beantworten Sie die Fragen auch dann, wenn Sie in der Menopause sind.)

30.	Ist / war Ihre Regelblutung auffällig stark? Wenn ja, seit wann? ☐ seit der ersten Regelblutung ☐ seit ca.Monaten ☐ seit der Schwangerschaft ☐ seit ca.Jahren Hat ein Frauenarzt die Ursache für die auffällig starke Regelblutung festgestellt? Wenn ja, was war die Ursache?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
31.	Wie oft müssen / mussten Sie die Binde oder das Tampon wechseln? ☐ bis zu 6-mal am Tag ☐ mehr als 6-mal am Tag ☐ auch nachts	
32.	Wie lange dauert / dauerte Ihre Regelblutung? ☐ 1 bis 5 Tage ☐ 6 bis 7 Tage ☐ länger als 7 Tage	
33.	Haben Sie „die Pille“ genommen? Wenn ja, wie hat sich Ihre Regelblutung durch „die Pille“ geändert? ☐ wurde stärker ☐ wurde schwächer ☐ hat sich nicht geändert	



Welche Medikamente nehmen Sie ein?

34.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen Acetylsalicylsäure? (z.B. ASS, Aspirin) Wenn ja, wie viel? Wann (Uhrzeit)?.....	☐ ja ☐ nein																																				
35.	Haben Sie in den letzten Tagen Clopidogrel eingenommen? (Plavix, Iscover) Wenn ja, wie viel? Wann (Uhrzeit)?.....	☐ ja ☐ nein																																				
36.	Nehmen Sie Marcumar oder Warfarin ein? (oder ähnliche Antikoagulantien) Wenn ja, seit wann? Ist der INR-Wert stabil?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein																																				
37.	Spritzen Sie sich Heparin? Wenn ja, welches? Wann zuletzt (Uhrzeit)?	☐ ja ☐ nein																																				
38.	Haben Sie in den letzten 10 Tagen Schmerz- od. Rheumamedikamente eingenommen? Wenn ja, welches? Wie oft pro Monat?	☐ ja ☐ nein																																				
39.	Nehmen Sie eins oder mehrere der u.a. Medikamente ein?																																					
	<table border="1"><thead><tr><th>Medikament</th><th>Dosierung</th><th>Letzte Gabe</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Heparin unfractioniert/nmH</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Vitamin K-Antagonisten</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ Marcumar</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ Coumadin</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Thrombozytenaggregationshemmer</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ ASS</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ Clopidogrel</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ Prasugrel</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Anti IIa-/Xa-Inhibitoren</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ Rivaroxaban</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐ Dabigatran</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Medikament	Dosierung	Letzte Gabe	☐ Heparin unfractioniert/nmH			Vitamin K-Antagonisten			☐ Marcumar			☐ Coumadin			Thrombozytenaggregationshemmer			☐ ASS			☐ Clopidogrel			☐ Prasugrel			Anti IIa-/Xa-Inhibitoren			☐ Rivaroxaban			☐ Dabigatran		
Medikament	Dosierung	Letzte Gabe																																				
☐ Heparin unfractioniert/nmH																																						
Vitamin K-Antagonisten																																						
☐ Marcumar																																						
☐ Coumadin																																						
Thrombozytenaggregationshemmer																																						
☐ ASS																																						
☐ Clopidogrel																																						
☐ Prasugrel																																						
Anti IIa-/Xa-Inhibitoren																																						
☐ Rivaroxaban																																						
☐ Dabigatran																																						
40.	Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und Dosierung:	☐ ja ☐ nein																																				
	<table border="1"><thead><tr><th>Medikament</th><th>Dosierung</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Medikament	Dosierung																																			
Medikament	Dosierung																																					
41.	Nehmen Sie die Pille oder ein Medikament wegen der Wechseljahre? Wenn ja, welches?	☐ ja ☐ nein																																				

Aktuelle und frühere Erkrankungen

Hinweis: Beantworten Sie bitte die Folgenden Fragen so sorgfältig wie möglich.

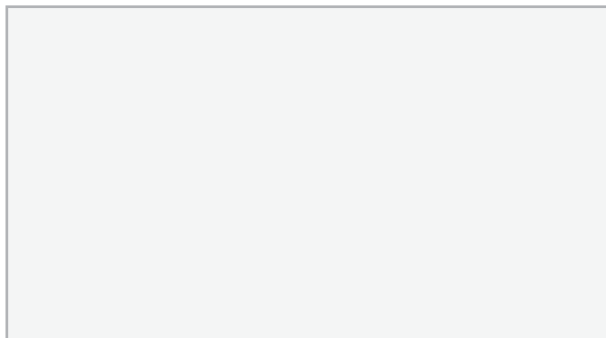
42.	Haben Sie zur Zeit ein fieberhafte Erkältung oder Bronchitis?	☐ ja ☐ nein
43.	Haben Sie zur Zeit eine Infektion? Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
44.	Allergien Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
45.	Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐ ja ☐ nein
46.	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
47.	Nierenerkrankung Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
48.	Herzerkrankungen Wenn ja, welche? ☐ Herzinfarkt Wann:..... ☐ Rhythmusstörungen Wann:..... ☐ Sonstige Herzerkrankung: Wann:..... Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	☐ ja ☐ nein
49.	Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Lupus...) Wenn ja, welche? Werden oder wurden Sie deswegen behandelt? Wenn ja, wie werden Sie behandelt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
50.	Hypertonie (Bluthochdruck) Wenn ja, wie hoch (ca.)?/.....	☐ ja ☐ nein
51.	Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) Wenn ja, wie hoch (ca.)?/.....	☐ ja ☐ nein
52.	Häufige Gelenkschmerzen	☐ ja ☐ nein
53.	TIA (Transitorische ischämische Attacke = leichter Schlaganfall, nicht länger als 24 Std). Wenn ja, wann? Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	☐ ja ☐ nein
54.	Schlaganfall Wenn ja, wann? Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	☐ ja ☐ nein
55.	Gefäßßerkrankung (z.B. Arteriosklerose) Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
56.	Krampfadern Wenn ja, werden oder wurden Sie deswegen behandelt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
57.	Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, haben oder hatten Sie?	
58.	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? seit wie vielen Jahren	☐ ja ☐ nein
59.	Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich? Wöchentlich etwa Monatlich etwa	☐ kein Alkohol



Familienanamnese

Zur Abklärung einer angeborenen Gerinnungsstörung

60.	Wie viele (eigene) Kinder haben Sie? Kinder In welchem Jahr sind Ihre Kinder geboren? 1. Kind: 2. Kind: 3. Kind: 4. Kind:																				
61.	Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) haben Sie? Geschwister Geburtsjahr der Geschwister: 1. Geschw: 2. Geschw: 3. Geschw: 4. Geschw:																				
62.	Hatte jemand in Ihrer engeren Familie schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung? (engere Familie = Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Großvater, Großmutter) Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle: a) Welches Familienmitglied? (wenn Großeltern, geben Sie bitte auch an, ob väterlicherseits (V) oder mütterlicherseits (M)) b) Wie alt war das Familienmitglied, als es die Thrombose / Blutungsneigung bekam? c) Hat er / sie ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar? <table border="1"><thead><tr><th>Familienmitglied</th><th>hatte im Alter von</th><th>Thrombose</th><th>Blutungsneigung</th><th>nahm Marcumar o.ä.</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>.....Jahren</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>.....Jahren</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>.....Jahren</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>	Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.		Jahren	☐	☐	☐		Jahren	☐	☐	☐		Jahren	☐	☐	☐
Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.																	
	Jahren	☐	☐	☐																	
	Jahren	☐	☐	☐																	
	Jahren	☐	☐	☐																	
63.	Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle, welcher Verwandte und kreuzen Sie an, ob er / sie eine Thrombose oder Blutungsneigung hatte. <table border="1"><thead><tr><th>Verwandte / r</th><th>Thrombose</th><th>Blutungsneigung</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>	Verwandte / r	Thrombose	Blutungsneigung		☐	☐		☐	☐		☐	☐								
Verwandte / r	Thrombose	Blutungsneigung																			
	☐	☐																			
	☐	☐																			
	☐	☐																			
64.	Gab es in Ihrer Familie oder Verwandtschaft schon einmal Fehlgeburten oder Totgeburten? Wenn ja, bei wem? ☐ ja ☐ nein <table border="1"><thead><tr><th>Verwandte / r</th><th>Fehlgeburten</th><th>Totgeburten</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>	Verwandte / r	Fehlgeburten	Totgeburten		☐	☐		☐	☐		☐	☐								
Verwandte / r	Fehlgeburten	Totgeburten																			
	☐	☐																			
	☐	☐																			
	☐	☐																			



Einverständnis-Erklärung

Genetische Untersuchungen
und Datenschutz

Ich bestätige, dass ich gemäß des Gendiagnostikgesetzes für mich bzw. mein Kind aufgeklärt und genetisch beraten wurde über:

- die Bedeutung und die Konsequenzen der geplanten Untersuchung
- Art und Umfang der Untersuchung
- Anspruch auf genetische Beratung
- mein Recht auf Widerruf der Erklärung und mein Recht auf Nicht-Wissen
- die gesetzliche Vorschrift zur Vernichtung der Ergebnisse nach 10 Jahren
- die Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung

Ich willige ein: (Unzutreffendes streichen)

- zur Blutabnahme
- zur Mitteilung des Befundes an mich und meine behandelnden Ärzte
- zur Weiterleitung der Probe an ein spezialisiertes Labor
- zur anonymen Verwendung der Probe für interne Kontrollzwecke
- dass die Ergebnisse entgegen der gesetzlichen Regelung länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können
- zur Mitteilung an nahe Verwandte, falls sie sich für eine Familienuntersuchung vorstellen. Wir werden diese nicht aktiv ansprechen. Es steht Ihnen frei, Ihre Kinder, Geschwister oder Eltern zu informieren, dass sie ggf. auch von einer erblichen Veranlagung oder Erkrankung betroffen sind.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten

.....

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ersatzweise Erklärung des verantwortlichen Arztes:

Der Patient wurde nach Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und ist mit der Blutabnahme und der angeforderten Untersuchung einverstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Arztes

**Entbindung von der ärztlichen
Schweigepflicht und
Einverständniserklärung
zur Datenübermittlung und -verarbeitung
(Art. 6 und Art. 7 DS-GVO)**



*Liebe Patientin, lieber Patient,
bedingt durch die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) benötigt unsere Praxis
für die Versendung der Labor-Untersuchung, die sich bei Ihnen im Rahmen der Diagnostik
als erforderlich erweisen und die wir an weitere Laboratorien überweisen, Ihre
Zustimmungserklärung.*

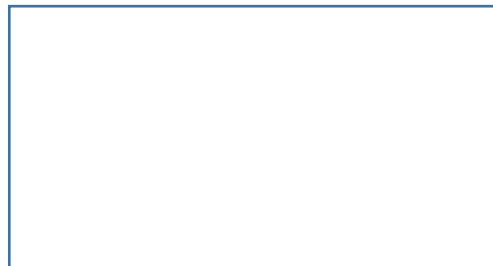
*Bitte lesen Sie die anhängende Einverständniserklärung und geben Sie diese dann
unterschrieben an uns zurück.*

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und Art. 7 DS-GVO)



Ich wurde darüber informiert, dass es im Rahmen meiner Behandlungen bzw. der Behandlungen meines Kindes notwendig sein kann, labormedizinische Untersuchungen durchführen zu lassen bzw. eine andere Stelle (z. B. Arzt, Klinik) zur Mitbehandlung herangezogen werden muss. Dabei werden auch personenbezogene Daten von mir / meinem Kind im Zusammenhang mit der Gesundheit (insbesondere Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung/vorherigen Behandlungen, Versicherungsdaten) an ein mit der Untersuchung beauftragtes medizinisches Labor oder die mitbehandelnde Stelle übermittelt und dort zu Zwecken der weiterführenden Untersuchung und der ärztlichen Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt. In Ausnahmefällen führt das beauftragte Labor die Laboruntersuchung nicht selbst durch, sondern leitet den Auftrag an ein kooperierendes Labor weiter (Spezialuntersuchungen).

Die Ärzte der Labore bzw. die anderen mitbehandelnden Ärzte sowie deren Mitarbeiter unterliegen der gesetzlich verankerten Schweigepflicht. Die Mitarbeiter etwaig unterbeauftragter Labore wurden ebenfalls entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Kontaktdaten der Labore und mitbehandelnden Stellen werden mir auf Nachfrage selbstverständlich mitgeteilt.

Hiermit erkläre ich mich für mich / mein Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

mit folgenden Vorgängen einverstanden: **zutreffendes bitte ankreuzen**

- ☐ Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch externe Auftragslaboratorien zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.
- ☐ Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch die externen Auftragslaboratorien an Speziallabore und dortige Verarbeitung zum Zwecke der Durchführung von Spezialuntersuchungen, die im Auftragslabor nicht durchgeführt werden können.
- ☐ Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).
 - ☐ ausschließlich an: _____
- ☐ Übermittlung personenbezogener Daten von mir / meinem Kind an und Verarbeitung durch externe Verrechnungsstellen zu Abrechnungszwecken.

Für die oben genannten Maßnahmen entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin

gegenüber den oben genannten Stellen von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die wiederkehrende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / der Daten meines Kindes ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten / die meines Kindes ausschließlich zu o. g. Zwecken und nur im erforderlichen Maße an die genannten Stellen weitergegeben werden. Ich habe das Recht auf Auskunft über die Datenempfänger sowie die Art der dort von mir / meinem Kind erhobenen und gespeicherten Daten. Außerdem habe ich das Recht auf Korrektur und Löschung der gespeicherten Daten, soweit gesetzliche Regelungen (z. B. Mindestaufbewahrungsfrist) einer Löschung nicht entgegenstehen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____



Gerinnungsdiagnostik