**Diabetologische Schwerpunktpraxsis**

**Dr. med. Alice Lange**

**Innere Medizin / Diabetologie / Notfallmedizin**

Scheffelstraße 2-20a-60318- Frankfurt/M.- Tel. 069-4033239- Fax. 069-4033321

E-Mail: a.lange@rotkreuzkliniken.de

**Krankengeschichte des Patienten**

**Name:**

**Vorname:**

**Telefonnummer: Mobil:**

**Email:**

**Hausarzt/überw. Arzt:**

**Wesentliche Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck usw.:**

**Medikamenteneinnahme? Wenn ja, welche?**

**Wann wurden Sie zuletzt geimpft? Und was wurde geimpft?**

**Rauchen Sie? JA NEIN**

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN**

**Diabetespatienten:**

**Seit wann haben Sie Diabetes?**

**Sind Sie im DMP-Diabetes? JA NEIN**

**Sollten Sie bereits im DMP bei Ihrem Hausarzt eingeschrieben sein, bitten wir Sie eine Kopie der Dokumentation (jedes Quartal) mit in die Praxis zubringen!**

**Haben Sie schon an einer**

**Diabetesschulung teilgenommen? JA NEIN**

**Waren Sie in jedem der letzten**

**4 Quartalen wegen Diabetes in**

**ärztlicher Behandlung? JA NEIN**

**Ich habe das Informationsblatt zur Datenschutzverarbeitung, zur Kenntnis genommen.**

**Unterschrift + Datum**

**2. Seite**

**Diabetologische Schwerpunktpraxsis**

**Dr. med. Alice Lange**

**Innere Medizin / Diabeteologie / Notfallmedizin**

Scheffelstraße 2-20a-60318- Frankfurt/M.- Tel. 069-4033239- Fax. 069-4033321

e-mail a.lange@rotkreuzkliniken.de

**Einwilligungserklärung**

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

**1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der *Praxis Dr.med. Alice Lange* die hierfür erforderliche Einwilligung.

○ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

○ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder

Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

|  |
| --- |
| (Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen) |
|  |
|  |

○ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

**2. Berechtigung Dritter**

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

|  |  |
| --- | --- |
| (Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) | Umfang der Herausgabe von Informationen:  ○ Nur Rezepte  ○ Sämtliche Behandlungsdaten |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| (Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) | Umfang der Herausgabe von Informationen:  ○ Nur Rezepte  ○ Sämtliche Behandlungsdaten |
|  |
|  |

**3. Widerruf**

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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