

PATIENTENERKLÄRUNG, DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Die persönlichen Daten zu Ihrer Person und besonders zu Ihren Beschwerden oder Erkrankungen stehen in Deutschland unter dem besonderen Schutz der „EU Datenschutzgrundverordnung (GVO)“. Die Angaben zu Ihren Beschwerden und Erkrankungen fallen nach dem Bundesdatenschutzgesetz unter die höchste Sicherheitsstufe. In Hessen wacht der hessische Landesdatenschutzbeauftragte über die sorgfältige Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes durch alle Personen, Firmen oder Institutionen, welche Ihre Daten verarbeiten. In unserer Praxis wird das Bundesdatenschutzgesetz sorgfältig eingehalten. Hierüber wacht zusätzlich unser Datenschutzbeauftragter, dies regeln aber auch die Datenschutzbestimmungen des Gesetzes und unseres Qualitätsmanagementsystems. Alle Mitarbeiter/innen der Praxis sind diesbezüglich sorgfältig geschult und zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Wenn wir von Ihnen für verschiedene Zwecke Daten erheben und speichern, so müssen Sie dem für jeden einzelnen Zweck schriftlich zustimmen. Diese Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen.

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Datenerhebung, Verarbeitung (u. a. der anonymisierten Verwendung meiner Krankendaten im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen und der wissenschaftlichen Arbeiten in der Praxis), Nutzung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Behandlung sowie zur Befundung und Abrechnung einverstanden.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass Mitarbeiter/innen der Praxis im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten oder Qualitätssicherungsmaßnahmen Kontakt mit mir aufnehmen (mich z. B. anrufen), um mich zu befragen.

Um Sie untersuchen, beraten und behandeln zu können, zur Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen müssen wir Ihre personenbezogenen Daten und die Daten zu Ihren Erkrankungen/Beschwerden elektronisch erheben, verarbeiten und weitergeben an Abrechnungsstellen, die kassenärztliche Vereinigung und an Ihren Krankenversicherungsträger. In der Praxis führen wir gemeinsam mit der Universitätsklinik Gießen oder Marburg regelmäßig wissenschaftliche Untersuchungen und Studien durch. Die Untersuchungen und Studien sind von der zuständigen Ethikkommission geprüft und genehmigt.

- Ich wünsche mehrfach im Jahr ein Informationsschreiben mit interessanten und wichtigen neuen Erkenntnissen zu Erkrankungen des Bauchraumes und des Darmes zu erhalten.
- Ich wünsche brieflich an Termine zu Kontrolluntersuchungen (z.B. nach Abtragung von Darmpolypen oder im Rahmen der Tumornachsorge etc.), welche mir von den Ärzten der Praxis vorgeschlagen wurden, erinnert zu werden.

Marburg, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

FRAGEBOGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE

Patient:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Gewicht

Größe

Kontaktdaten:

Telefonnummer

Handynummer

Ärzte:

Hausarzt

Urologe / Gynäkologe

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Insbesondere die vollständige Beantwortung der Fragen nach Ihren bekannten Erkrankungen und nach den Medikamenten, welche Sie einnehmen, dient Ihrer Sicherheit im Hinblick auf die von uns vorgeschlagenen Untersuchungen und Behandlungen.

A. ALLGEMEINE ANGABEN

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

3. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

4. Wie viel trinken Sie pro Tag?

Weniger als 1 Liter? Weniger als 2 Liter? Weniger als 3 Liter?

5. Sind Sie schwanger?

Ja Nein

6. Wie viele Geburten hatten Sie? ____

Kam es dabei zu einem Dammriss/Dammschnitt?

Ja Nein

Von den Geburten waren ____ Kaiserschnitte.

7. Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren, wenn ja, ungefähr wie viel Kilogramm? ____

8. Sind bei Ihnen Nahrungsmittelallergien bekannt?

Sind in Ihrer Familie Darmkrebs – oder Enddarmkrebserkrankungen bekannt?..... Ja Nein

Sind bei Ihnen oder Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern andere Krebserkrankungen bekannt?..... Ja Nein

Sind Sie früher am Bauch operiert worden (z.B. Gallenblasenentfernung, Blinddarmentfernung, etc.)?..... Ja Nein

Ist bei Ihnen eine chronische Darmentzündung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) oder ein sog. Reizdarm bekannt?..... Ja Nein

B. BAUCHSCHMERZEN

9. Haben Sie Bauchbeschwerden?

nein gelegentlich häufig

10. Haben Sie ...

Sodbrennen Schmerzen oder einen Druck im Oberbauch Übelkeit Erbrechen
 mein Appetit ist gut wie immer Übelkeit keinen oder schlechten Appetit

Werden die Beschwerden besser, wenn Sie Medikamente

(z.B. Omeprazol) einnehmen? nein ja manchmal

11. Wo sind die Beschwerden (Mehrfachnennung möglich)?

im Oberbauch Unterbauch Bauchmitte rechts links wandernd
 im gesamten Bauch

12. Wie können Sie die Beschwerden beschreiben?

als Krampf dumpf drückend stechend spitz auf-und-abschwellend
 ständig da kommt und geht nur vor dem Essen nur nach dem Essen
 verstärkt durch Essen weniger nach dem Essen Blähungen wandernd
 werde nachts wach wegen der Beschwerden immer an der gleichen Stelle
 ausstrahlend / wohin? _____

13. Werden die Beschwerden nach dem Stuhlgang besser?

nein ja Manchmal

C. ENDDARMBESCHWERDEN/AFTERBESCHWERDEN

14. Welche Beschwerden haben Sie im Analbereich?

- Schmerzen..... keine bei/nach dem Stuhlgang manchmal ständig
- Druck/Fremdkörpergefühl..... keine bei/nach dem Stuhlgang manchmal ständig
- Brennen..... keine bei/nach dem Stuhlgang manchmal ständig
- Juckreiz..... keine bei/nach dem Stuhlgang manchmal ständig
- Nässen..... keine bei/nach dem Stuhlgang manchmal ständig

15. Haben Sie andere Beschwerden?

- ungewollter Abgang von flüssigem Stuhl nein nur bei Husten / Heben gelegentlich jeden Tag
- ungewollter Abgang von festem Stuhl..... nein nur bei Husten / Heben gelegentlich jeden Tag
- ungewollter Abgang von Winden nein nur bei Husten / Heben gelegentlich jeden Tag
- ungewollter Abgang von Schleim nein nur bei Husten / Heben gelegentlich jeden Tag
- ungewollter Abgang von Urin..... nein nur bei Husten / Heben gelegentlich jeden Tag

16. Haben Sie einen Knoten am After gefühlt?..... Ja Nein
der Knoten kann mit der Hand
zurückgedrückt werden..... Ja Nein

17. Haben Sie Blut festgestellt?

- mit dem Stuhlgang am Toilettenpapier an der Unterwäsche

18. Wie oft haben Sie derzeit Stuhlgang?

- 1-3-mal täglich 4-6-mal täglich mehr als 6x täglich täglich
- jeden 2-3 Tag 1-2-mal in der Woche

19. Der Stuhlgang ist derzeit überwiegend:

- geformt hart weich breiig wässrig/flüssig wechselnd

20. Haben Sie das Gefühl, dass der Darm nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert ist?

- nein ja manchmal

21. Müssen Sie beim Stuhlgang pressen?

- nein ja manchmal

22. Nehmen Sie Abführmittel?

- nein ja manchmal
welche

-
23. Verwenden Sie sog „Feuchttücher“ zur Analhygiene?..... nein ja manchmal

24. Wurden Sie bereits am After oder Enddarm operiert? nein ja manchmal

25. Wurden bei Ihnen bereits einige Hämorrhoidenbehandlungen vorgenommen? nein ja

26. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine Koloskopie (Darmspiegelung / eine Untersuchung des gesamten Dickdarms) durchgeführt? nein ja
wann und wo?

D. HAUTERKRANKUNGEN/HAUTVERÄNDERUNGEN

27. Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt? nein ja

28. Stellen Sie irgendwelche anderen juckenden Hautveränderungen am Körper fest? nein ja manchmal
welche und wo?

29. Ist bei Ihnen eine Neurodermitis bekannt? nein ja

30. Hatten sie als Kind Neurodermitis oder Milchschorf? nein ja
welche

31. Ist bei Ihnen allergischer Schnupfen bekannt? nein ja

E. SONSTIGE BESCHWERDEN

Wenn Sie weitere oder andere Beschwerden haben, welche hier nicht erwähnt sind, so tragen Sie diese bitte hier ein.

Ihre Kritik:

Bitte sagen Sie uns hier, was Ihnen bei uns gefällt oder nicht gefällt. Nur durch Ihre Kritik können wir Fehler erkennen und uns täglich bemühen besser zu werden.

AUFKLÄRUNGSBÖGEN, EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir sind verpflichtet Sie vor einem Eingriff oder einer Operation umfangreich aufzuklären.

Als Nachweisdokument für die erfolgte Aufklärung dient u.a. der Aufklärungsbogen,
welcher Ihnen im Aufklärungsgespräch ausgehändigt wurde.

Es kommt leider immer wieder vor, dass Patienten den Aufklärungsbogen vergessen und zu dem
Eingriff/der Untersuchung/der Operation nicht mitbringen. Da dies gehäuft vorkommt und uns vermeidbar
mehr Arbeit wie auch mehr Kosten verursacht, müssen wir Ihnen leider für die Zurverfügungstellung eines
weiteren Aufklärungsbogens 5,00 EUR Material- und Verwaltungskosten in Rechnung stellen.

Bitte entrichten Sie den Betrag unmittelbar an der Anmeldung. Gerne geben wir Ihnen aber auch einen
neuen Behandlungstermin, zu dem Sie dann den Ihnen bereits vorliegenden Aufklärungsbogen
mitbringen können.

Danke für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. S. Menzler