

# Überörtliche Gemeinschaftspraxis Koblenz-Vallendar

Innere Medizin - Kardiologie - Diabetologie

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie alle Angaben aus, die vertraulich bleiben und in Ihrer Krankenakte abgelegt werden:

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Raucher: Nein  Ja  wieviel: \_\_\_\_\_

Diabetes seit: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil: Typ1  Typ2  KHK  Nein

Blutzuckermessung: Nein  Ja  wie oft: \_\_\_\_\_

Letzte Laboruntersuchung: \_\_\_\_\_ Bei Dr.: \_\_\_\_\_

Letzte augenärztliche Untersuchung: \_\_\_\_\_ Bei Dr.: \_\_\_\_\_

Laserbehandlung der Augen wegen Diabetes: Nein  Ja  bei : \_\_\_\_\_

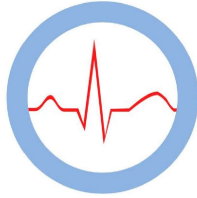
Herzinfarkt: Nein  Ja  am: \_\_\_\_\_

Schlaganfall: Nein  Ja  am: \_\_\_\_\_

Durchblutungsstörung der Beine: Nein  Ja  am: \_\_\_\_\_

Medikament/Insulin	Morgens	Mittags	Abends

Um ggf. wichtige Unterlagen (z.B. Laborwerte, Augenarztbefunde usw.) bei anderen Ärzten anfordern zu können oder ihrem Hausarzt einen Brief mit Ihren aktuellen Befunden schicken zu können, benötigen wir von Ihnen eine Einverständniserklärung. Dies bitten wir Sie auf der zweiten Seite zu unterzeichnen.



## **Einverständniserklärung zur Befundübermittlung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

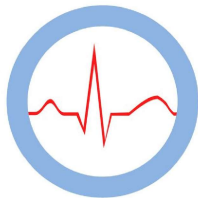
Hiermit entbinde ich

Herrn Dr. med. Heinz-Peter Kröll &  
Frau Natalia Eisner  
Rudolf-Virchow-Str. 9  
56073 Koblenz

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von  
Arztberichten, Befunden und Auskünften an mit- oder  
weiterbehandelnde Ärzte sowie pseudonymisierter  
Behandlungsdaten an diabetologische  
Qualitätssicherungsprojekten (FQSD u. DIVE)

---

Unterschrift Patient



### Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe

Überörtliche Gemeinschaftspraxis Koblenz/Vallendar

Dr. med. Heinz Peter Kröll

Dr. med. Ulf Hambach

Dr. med. Thomas Schöberl

Dr. med. Christoph Schwarzwälder

Rudolf-Virchow-Str. 9

56073 Koblenz

Ich, **{PatNachname}**, {PatTitel} {PatVorname} {PatVorsatz} geb. {PatGebDatum}, bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an die mit uns kooperierenden Labore übermittelt werden.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass ich von der Praxis an die fälligen Termine erinnert werde.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Koblenz, {Datum}

Ort, Datum

Unterschrift

An folgende **Angehörige / Personen** dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum d. Angehörigen

Name, Vorname

Geburtsdatum d. Angehörigen