

Patientenerklärung, Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Die persönlichen Daten zu Ihrer Person und besonders zu Ihren Beschwerden oder Erkrankungen stehen in Deutschland unter dem besonderen Schutz des „Bundesdatenschutzgesetzes“. Die Angaben zu Ihren Beschwerden und Erkrankungen fallen nach dem Bundesdatenschutzgesetz unter die höchste Sicherheitsstufe. In Bayern wacht der bayerische 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. Zudem ist es ein wichtiger Pfeiler unseres praxiseigenen 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 Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen und der wissenschaftlichen Arbeiten in der Praxis), Nutzung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Behandlung sowie zur Befundung und Abrechnung einverstanden.

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 bzw. Hausarzt.

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Vor Beginn der Untersuchung müssen wir einige Fragen allgemeiner Art und nach Ihren gegenwärtigen Beschwerden an Sie richten. Die gewissenhafte und sorgfältige Beantwortung der Fragen wird unser anschließendes Gespräch erleichtern. Beantworten Sie die Fragen bitte durch Ankreuzen des zutreffenden Kästchens oder schriftlich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte beantworten Sie alle Fragen!

A. Allgemeine Angaben

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

	nein	ja
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte alle Medikamente nennen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Haben Sie in der Woche vor Beginn der jetzigen Beschwerden Medikamente genommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein (z. B. ASS, Marcumar etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

welche _____

7. Sind bei Ihnen Nahrungsmittelallergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

welche: _____

8. Ist bei Ihnen Asthma bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Wie viel trinken Sie pro Tag?

<input type="checkbox"/> Weniger als 1 Liter?	<input type="checkbox"/> Weniger als 2 Liter?	<input type="checkbox"/> Weniger als 3 Liter?
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

10. Welchen Beruf üben sie aus? _____

11. Sind Sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Wie viele Geburten hatten Sie? _____

- Kam es dabei zu einem Dammriss/Dammschnitt?
- Von den Geburten waren _____ Kaiserschnitte.

<input type="checkbox"/> Haben Sie in den letzten drei Monaten ungewollt Gewicht verloren, wenn ja, ungefähr wie viel Kilogramm? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | nein | ja |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sind in Ihrer Familie Darmkrebs – oder Enddarmkrebserkrankungen bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen oder Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern andere Krebserkrankungen bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie früher am Bauch operiert worden (z.B. Gallenblasenentfernung, Blinddarmentfernung, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ist bei Ihnen eine chronische Darmentzündung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) oder ein sog. Reizdarm bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Bauchschmerzen

- | | nein | gelegentlich | häufig |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Haben Sie Bauchbeschwerden?
(Falls Sie keine Bauchbeschwerden haben, gehen Sie zum Abschnitt C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Haben Sie

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder einen Druck im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> mein Appetit ist gut wie immer | <input type="checkbox"/> keinen oder schlechten Appetit |

- | | nein | ja | manchmal |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werden die Beschwerden besser, wenn Sie Medikamente (z.B. Omeprazol) einnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Wo sind die Beschwerden (Mehrfachnennung möglich)?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Unterbauch | <input type="checkbox"/> Bauchmitte | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> wandernd | <input type="checkbox"/> im gesamten Bauch | |

16. Wie können Sie die Beschwerden beschreiben?

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

- | | nein | ja | manchmal |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werden die Beschwerden nach dem Stuhlgang besser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Enddarmbeschwerden/Afterbeschwerden

17. Welche Beschwerden haben Sie im Analbereich?

	keine	bei/nach dem Stuhlgang	manchmal	ständig
• Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Druck/Fremdkörpergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Haben Sie andere Beschwerden?

	nein	nur bei Husten/Niesen/Heben	gelegentlich	jeden Tag
• ungewollter Abgang von flüssigem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von festem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von Winden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von Schleim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ungewollter Abgang von Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Haben Sie einen Knoten am After gefühlt?

	nein	ja
• der Knoten kann mit der Hand zurückgedrückt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie Blut festgestellt?

	nein	ja
• mit dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• am Toilettenpapier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• an der Unterwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie oft haben Sie derzeit Stuhlgang?

<input type="checkbox"/> 1-3 mal täglich	<input type="checkbox"/> 4-6 mal täglich	<input type="checkbox"/> mehr als 6x täglich
<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> jeden 2-3 Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 mal in der Woche

22. Der Stuhlgang ist derzeit überwiegend:

<input type="checkbox"/> geformt	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> weich
<input type="checkbox"/> breiig	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> wässrig/flüssig

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

nein	ja	manchmal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Müssen Sie beim Stuhlgang pressen?

nein	ja	manchmal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAIN-CHIRURGIE

25. Nehmen Sie Abführmittel?

welche _____

26. Verwenden Sie sog „Feuchttücher“ zur Analhygiene?

27. Wurden Sie bereits am After oder Enddarm operiert?

28. Wurden bei Ihnen bereits
Hämorrhoidenbehandlungen vorgenommen?

29. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine Koloskopie
(Darmspiegelung / eine Untersuchung des gesamten Dickdarms)
durchgeführt?

wann und wo? _____

D. Hauterkrankungen/Hautveränderungen

nein ja manchmal

30. Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt?

31. Stellen Sie schuppige Hautveränderungen am
Haaransatz oder an den Augenbrauen oder am Ohr fest?

32. Stellen Sie irgendwelche anderen juckenden
Hautveränderungen am Körper fest?

welche und wo? _____

33. Ist bei Ihnen eine Neurodermitis bekannt?

34. Hatten sie als Kind Neurodermitis oder Milchschorf?

welche _____

35. Ist bei Ihnen allergischer Schnupfen bekannt?

E. Sonstige Beschwerden

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

MAIN-CHIRURGIE



36. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Anderer Arzt	<input type="checkbox"/>
Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Zeitung	<input type="checkbox"/>	Instagram	<input type="checkbox"/>
Flyer	<input type="checkbox"/>	Jameda	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

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.

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.

Datum _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Mobilnummer _____

E-Mail _____

Hausarzt _____

Urologe/ Gynäkologe _____

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters