

Patienteneinwilligung / Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungsbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. med. Jamal Sobh / Dr. med. Daniela Peters / Dr. med. Kulla, Hauptstr. 112, 53721 Siegburg an den

Weiterbehandelnden Arzt _____

Das Krankenhaus _____

Das Labor _____

Angehörige/Familienmitglieder _____

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführt, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannte Ärztin/Arzt bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Siegburg, den _____

Datum

Unterschrift

Aufnahmebogen

Datum: _____

Name _____ geb.am _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ Email-Adresse _____

Größe _____ Gewicht _____ Blutdruckwert _____

Berufliche Tätigkeit _____

Hausarzt _____ in _____

- Ist bei Ihren Eltern/ Geschwistern Diabetes mellitus bekannt? Nein Ja, bei _____

- Seit wann sind bei Ihnen erhöhte Blutzuckerwerte bekannt? _____

- Aus welchen Gründen kommen Sie heute zu uns? _____

- Wie erfolgte bisher die Behandlung?

mit Diät und Bewegung, seit _____

Mit Tabletten, seit _____

Mit Insulin, seit _____

- Wieviele Kalorien/ BE/ KE/ KHE essen Sie durchschnittlich am Tag? _____

- Welches Blutzuckermessgerät/ welchen Glukosesensor benutzen Sie?

- Führen Sie ein BZ-Tagebuch oder eine APP? _____

- Benutzen Sie Insulin? Nein Ja

- Name der Insuline: _____

Wieviele Einheiten spritzen Sie morgens? mittags? Abends?

Wie lang sind die Penkanülen? 4 mm 5 mm 6 mm 8 mm

- Haben Sie einen Insulinplan? Bitte geben Sie diesen mit den Unterlagen an der Rezeption ab

- Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte tragen sie die Namen auf dem **nachfolgenden Bogen für
Medikamente** ein

- An welchen Tagen könnten Sie an der **Diabetesschulung** teilnehmen? Die Teilnahme ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie und daher verpflichtend.

Montag 16.00 – 18.00 Uhr Dienstag 10.30 – 12.30 Uhr Mittwoch 10.30 – 12.30 Uhr

Sind Sie körperlich aktiv

- wenig _____
- regelmäßig _____
- Sehr _____

Haben Sie bereits an einer Diabetesschulung teilgenommen?

- Ja: _____
- Nein: _____

Führen Sie einen Diabetikerpass?

- Ja: _____
- Nein: _____

Wann waren sie das letzte Mal beim Augenarzt?

Ist eine Retinopathie bei Ihnen bekannt?

Sind folgende Veränderungen bei Ihnen bekannte

- Herzschmerzen/Herzbeschwerden
- Erhöhter Blutdruck
- Erhöhte Blutfette
- Erhöhter Harnsäurewert (Gicht)
- Nieren-/Blasenerkrankungen
- Durchblutungsstörungen der Beine (kalte Füße, Schmerzen beim Gehen)
- Brennende Füße, besonders nachts
- Taubheitsgefühl im Unterschenkel oder Fuß
- Sehstörungen
- Gewichtsverlust
- Gewichtszunahme
- Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung
- Sonstiges

Welche Medikamente nehmen Sie (außer den „Zuckertabletten“) regelmäßig ein?
Bitte Medikamentenliste benutzen (siehe Medikamentenbogen)

Hier ist Raum für Fragen, die Sie an uns haben:

--

Dieser Fragebogen dient zur Ermittlung des Wohlbefindens des Patienten.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie sich ihr Patient in den letzten 2 Wochen gefühlt hat.

Punkte	0	1	2	3	4	5
Ich fühlte mich fröhlich und gut gelaunt	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich fühlte mich ruhig und gelassen	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich fühlte mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich fühlte mich aktiv und vital	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Ich erlebte täglich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren	Nie	Manchmal	Weniger als die Hälfte	Mehr als die Hälfte	Meistens	Immer
Gesamtpunktzahl						

Der Rohwertekommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 25. Es wird empfohlen den Major-Depression (ICD-10) Inventory-Fragebogen auszufüllen, wenn der Rohwert unter 13 liegt oder der Patient zu mindestens einer der Aussagen mit 0 oder 1 geantwortet hat. Ein Wert unter 13 bedeutet schlechtes Wohlbefinden und ist ein Anzeichen für die Überprüfung auf Depression unter ICD-10.