

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,



Wir freuen uns, Sie bei uns in der diabetologischen Schwerpunktpraxis DiaMedicum begrüßen zu dürfen!

Für einen reibungslosen Ablauf und um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie im Vorfeld um Folgendes bitten:

- Füllen Sie bitte den **Anamnesebogen** aus, es werden hier wichtige Informationen zu Ihrem Diabetes sowie eventuellen Begleiterkrankungen erhoben
- Füllen Sie bitte das **Formular Medikation und Diabetesmaterial** aus
- Lesen Sie die **Datenschutzerklärung** in Ruhe durch und **füllen Sie diese beidseitig aus**

Bitte bringen Sie die oben genannten Dokumente bei Ihrem ersten Termin mit.

Weiterhin benötigen wir von Ihnen Folgendes:

- Versichertenkarte
- Gültigen Überweisungsschein mit einer Information, ob und wo Sie im Curaplan (DMP) eingetragen sind
- Sofern vorhanden: Laborwerte und Arztbriefe aus letzten Behandlungen/Krankenhausaufenthalten
- Impfpass

Bei Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus **zusätzlich**:

- Blutzuckermessgerät bzw. Glukosesensor (z.B. FreeStyle libre, Dexcom)
- Ggfs. Blutzuckertagebuch
- Insulinspritzschema

Ihr Team des DiaMedicum

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Bitte ergänzen tragen Sie Ihre Medikation sowie Ihr aktuelles Diabetes-Material in die folgende Tabelle ein:

Medikation:

Präparat	Stärke	Einnahme

Alternativ bringen Sie bitte den Medikamentenplan von Ihrem Hausarzt mit

Diabetesmaterial:

Material	Name/Hersteller	Größe/Länge
Teststreifen		
Ketonstreifen		
Pennadeln		
Lanzetten/Stechhilfe		
<u>Insulinpumpenzubehör:</u>		
Katheter		
Kanüle		
Reservoir		
Sonstiges		

Gerät	Hersteller
Blutzuckermessgerät	
Glukosesensor	
Insulinpumpe	

Einverständniserklärung zur Befundanforderung und dem Vermerk der E-Mailadresse

Name der Patientin/des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

- Ich bin damit **einverstanden**, dass die behandelnden Ärzte des DiaMedicum die für meine Behandlung erforderlichen **Daten und Befunde** bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin oder war, **einholt**. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

- Ich erlaube dem MVZ DiaMedicum mir **unverschlüsselte E-Mails** an folgende E-Mailadresse _____ mit Berichten, Laborbefunden oder E-Mails mit medizinischem Inhalt zu **senden**. Mir sind die damit verbundenen datenschutzrechtlichen Risiken gewusst, wie die Möglichkeit, dass diese E-Mails ggf. von anderen mitgelesen werden „wie eine Postkarte“, sie ggf. an verschiedenen Stellen zwischengespeichert oder dauerhaft online gespeichert werden. Jede Änderung meiner E-Mail-Adresse teile ich mit, um Fehladressierungen zu vermeiden.

Ort, Datum

X _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Bitte wenden und ebenfalls vollständig ausfüllen 

Einverständniserklärung zur Erhebung von Daten einschließlich der Fotodokumentation insbesondere im Rahmen der Wunddokumentation

Ich habe Kenntnis darüber, dass für das Behandlungsteam gem. § 630f BGB eine Dokumentationspflicht besteht. Diese Pflicht kann im Wege einer Patientenakte in Papierform oder durch eine elektronische Akte erfüllt werden. Vor allem bei der Wundversorgung geschieht dies durch zusätzliche Aufnahmen. Es kann auch erforderlich sein, Daten aus patienteneigenen Messgeräten auszulesen. Alle Behandlungsdaten und Aufnahmen werden unter den besonderen Datenschutzbestimmungen für sensible Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet (§ 46 Nr. 13 BDSG und Art. 9 DS-GVO: besondere Kategorien personenbezogener Daten). Alle zugriffsberechtigten Personen unterliegen der ärztlichen oder pflegerischen Pflicht zur Verschwiegenheit. Wo es möglich ist, werden Daten außerdem anonymisiert. Zu den Daten zählen insbesondere Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, ggf. auch von anderen Ärzten, bei denen ich in Behandlung bin, sofern diese meine Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für meine Behandlung. Werden notwendige Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung ggf. nicht erfolgen.

- Ja**, ich bin damit einverstanden.
- Nein**, ich bin damit nicht einverstanden.

Mir ist aber bewusst, dass damit eine ordnungsgemäße Dokumentation meines Behandlungsverlaufes erschwert wird oder gar nicht möglich ist. Eventuell kann dadurch eine Behandlung nicht erfolgen oder eine Weiterbehandlung nicht fortgesetzt werden.

Ich erlaube die **Weitergabe von Behandlungsdaten** und Befunde einschließlich der fotografischen Wunddokumentation zum Zweck der Behandlungskoordination an meine **Hausärztin/meinen Hausarzt oder einen weiterbehandelnden Facharzt**.

Ich erlaube die **Weitergabe an andere Gesundheitsfachdienstleister** mit besonderer Verschwiegenheitsverpflichtung, insbesondere mein Pflegeheim, meinen Pflegedienst oder meine Hausapotheke.

Ich erlaube die **Nutzung der Aufnahmen in anonymisierter Form**

- zu wissenschaftlichen Zwecken,
- zu Ausbildungs- oder Schulungszwecken.
- Mit der Übergabe des **Gerätes zum Auslesen meiner Daten** per Kabel, drahtlos oder aus einem anderen Datenspeicher (Cloud) oder der Nennung des (von mir jederzeit änderbaren) Zugangscodes erlaube ich auch die **Nutzung dieser Daten im Rahmen meiner Therapie**.
- Ich weiß, dass ich jede diese **Erklärungen** einzeln oder zusammen **jederzeit** mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen oder einschränken** kann.

Ort, Datum

X _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

* Im Falle von Personen unter 16 Jahren ist anstelle der Unterschrift der Patientin/des Patienten gem. § 8 DGVO iVm § 36 SGB I die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person erforderlich. Bei anderen Personen, die die Tragweite der Einwilligungen nicht oder nicht vollständig erfassen, kann die Unterschrift des gesetzlichen Betreuers erforderlich sein.

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine optimale Betreuung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungs-Programm für Diabetes (DMP, CuraPlan) teil?

nein ja Wo sind Sie eingeschrieben? _____

Allgemeines zum Diabetes:

- Welcher Diabetestyp liegt bei Ihnen vor?
 Typ 1 LADA Typ 2 Typ 3 unklar
- In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes festgestellt? _____
- Weitere Familienmitglieder mit Diabetes? (Bitte Angabe, wenn möglich mit Diabetestyp)

- Wie hoch war der letzte HbA1c? _____ Wann gemessen? _____
- Wie wird Ihr Diabetes behandelt?
 keine Medikamente
 Tabletten (auch z.B. Trulicity) Welche? _____
 Insulin Welches? _____

Blutzuckermessung:

- Führen Sie Blutzuckermessungen durch?
 nein
 ja Welches Gerät nutzen Sie? _____
 Wie oft messen Sie täglich? _____
- Wie oft kommt es in der Regel zu Unterzuckerungen?
 gar nicht 1x pro Tag 1x pro Woche 1x pro Monat nachts
- Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Unterzuckerungen mit Fremdhilfe oder Ketoazidosen?
 Unterzuckerung mit Fremdhilfe ja nein
 Ketoazidose ja nein

Insulintherapie:

- Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? _____
- Welchen Korrekturfaktor haben Sie? _____
- Rechnen Sie mit KE- oder BE-Faktoren?
 - nein
 - ja morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ nachts: _____
- Wie viele Einheiten spritzen Sie zu den Mahlzeiten?
 - morgens: _____ mittags: _____ abends: _____
- Wie viele Einheiten langwirksames Insulin spritzen Sie?
 - morgens: _____ mittags: _____ abends: _____

Folgeerkrankungen bedingt durch Diabetes und chronische Erkrankungen:

- Sind bei Ihnen Diabetes-bedingte Folgeerkrankungen bekannt?
 - nein
 - ja, Welche?
 - Schäden der Nerven an den Füßen (Polyneuropathie), Fußwunden (Ulcus)
 - Schäden am Augenhintergrund (Retinopathie), letzte Kontrolle: _____
 - Schäden der Niere/Eiweißausscheidung im Urin (Nephropathie)
 - Fettleber/erhöhte Leberwerte
 - Durchblutungsstörungen (PAVK, KHK etc.)
- Bestehen oder bestanden außer Diabetes noch chronische Erkrankungen?
 - nein
 - ja, Welche?
 - Übergewicht/Adipositas
 - Bluthochdruck
 - Fettstoffwechselstörung
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen)
 - Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma, Schlafapnoe)
 - Schlaganfall
 - Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)
 - Krebserkrankungen, welche? _____

Allgemeine Fragen zur Ihrer Person:

- Rauchen Sie? nein ja, wieviel? _____
- Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?
 - nein ja, welche? _____
- Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Sozialanamnese:

- Familienstand? ledig verheiratet/Lebenspartner geschieden/verwitwet
- Aktuelle berufliche Tätigkeit? _____ berentet
- Treiben Sie regelmäßig Sport?
 - nein ja, welcher? _____

Haben Sie konkrete Wünsche/Anliegen an uns? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____