

Tel.: 0221-99515-0

FAX: 0221-99515-68

Mitteilung zum Datenschutz
Erklärung zur Datenübermittlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lesen und unterschreiben Sie diese Information, bevor wir mit der Untersuchung beginnen.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass alle Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert, verarbeitet und nach dem Datenschutzgesetz behandelt werden.

Alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/-innen des Praxis-Labors, die Zugang zu Ihren Daten haben, unterliegen der Schweigepflicht.

Im Rahmen Ihrer Untersuchung bei uns werden Ihre persönlichen Daten und Laborproben an mitarbeitende interne und externe Labore gesendet.

Üblicherweise besprechen Sie den Befund mit dem überweisenden Arzt.

Sollte es einen erklärungsbedürftigen Befund geben, werden Sie von uns informiert.

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Laborbefunde und Arztberichte per E-Mail versenden dürfen.

Die Mitarbeiter/-innen der Praxis und des Labors sind nicht befugt, eine Befundauskunft zu erteilen.

Eine Befundauskunft, auch telefonisch, erfolgt ausschließlich durch den behandelnden Arzt.

Eine Befundauskunft an andere Personen (auch Ärzte) erfolgt nur nach Vorlage einer Schweigepflichtentbindung.

Das Aushändigen von Dokumenten, die Ihre persönlichen Daten enthalten (z.B. Rezepte), an andere Personen erfolgt nur nach Vorlage einer Vollmacht. Bitte beachten Sie, dass die abholende Person sich ausweisen muss.

Im Falle einer Notfallbehandlung stellen wir anfragenden Krankenhäusern und mitbehandelnden Ärzten Ihre Befunde zur Verfügung, wenn dies für die Behandlung notwendig sein sollte.

Weitere Informationen im Zusammenhang mit der Informationspflicht liegen in unseren Wartezimmern aus. Auf Nachfrage stellen wir Ihnen diese gern in Kopie zur Verfügung.

Ich habe die Mitteilung gelesen und verstanden und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sind bei Ihnen bereits ein oder mehrere der folgenden Ereignisse aufgetreten?

Thrombose JA Nein Wenn ja, wann? _____ Ausgelöst durch? _____

Embolie JA Nein Wenn ja, wann? _____ Ausgelöst durch? _____

Herzinfarkt JA Nein Wenn ja, wann? _____

Schlaganfall JA Nein Wenn ja, wann? _____

Spontane Blutung
Blaue Flecken? JA Nein Wenn ja, wann? _____ Wo und was? _____

Anämie (Blutarmut) JA Nein Wenn ja, wann? _____ Ausgelöst durch? _____

Sind bei Ihren direkten Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern, Enkeln) ein oder mehrere der oben genannte Ereignisse aufgetreten?

Wenn ja, welche, wann und bei wem?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann?

Gab es bei den genannten Operationen Komplikationen? Wenn ja, welche?

Haben Sie bereits Blutkonserven oder andere Blutprodukte, wie z.B. Frischplasma oder Gerinnungsfaktoren erhalten?

JA NEIN

Wenn ja, was und warum?

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sind Sie schwanger? JA NEIN wenn ja, welche SSW (Schwangerschaftswoche)? _____

Haben Sie Kinder? JA NEIN

Hatten Sie bereits eine oder mehrere Frühgeburten (vor der 38.SSW)?

JA NEIN wenn ja, wann? _____ in welcher SSW? _____

Hatten Sie bereits eine oder mehrere Fehlgeburten (Aborte)?

JA NEIN wenn ja, wann? _____ in welcher SSW? _____

Sind oder waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung? JA NEIN

Wenn ja, welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

ICSI Wie oft? _____ War die Behandlung erfolgreich? JA NEIN
IVF Wie oft? _____ War die Behandlung erfolgreich? JA NEIN

Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig? JA NEIN

Haben oder hatten Sie auffällig starke und/oder verlängerte Monatsblutungen (mehr als 7 Tage)?

JA NEIN

Nehmen Sie Orale Verhütungsmittel (Pille)?

JA NEIN Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie bereits mit Heparin (Thrombosespritzen) behandelt?

JA NEIN Wenn ja, mit welchem Präparat? _____

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Praxis-Labor für Transfusionsmedizin
Prof. Dr. med. Ralf Karger
Facharzt für Transfusionsmedizin, Hämostaseologe
Aachener Str. 313 50931 Köln-Lindenthal

Tel.: 0221-99515-0

FAX: 0221-99515-68

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind uns zur Abklärung einer Gerinnungsstörung überwiesen worden. Nach einem Arztgespräch werden wir Ihnen Blut abnehmen und eine Reihe von Blutuntersuchungen durchführen, um die Fragestellung, mit der Ihr Arzt Sie uns vorgestellt hat, zu beantworten.

Unsere Untersuchungsergebnisse sind meist für mehrere Ihrer behandelnden Ärzte von Bedeutung. Wurden Sie von einem Facharzt überwiesen, sollte in der Regel auch Ihr Hausarzt über diesen Befund informiert werden, da er Sie ja grundsätzlich betreut. Wurden Sie von Ihrem Hausarzt überwiesen, sind Ihre Befunde oft für mitbehandelnde Fachärzte (z. B. Gynäkologe, Kardiologe, Neurologe, Internist oder Gefäßmediziner) wichtig.

Wichtig ist auch, dass Sie uns Ihren richtigen Arzt nennen, wenn die Überweisung von einem Vertreter Ihres Arztes ausgestellt wurde.

Wir möchten Sie nun bitten, uns auf diesem Blatt mitzuteilen, welche Ärzte ggf. außer dem überweisenden Arzt Ihre Befunde zusätzlich erhalten sollen.

Mit der Nennung weiterer Ärzte erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Ärzte über Ihre Untersuchungsergebnisse, die auch die Ergebnisse genetischer Untersuchungen beinhalten können, informiert werden.

Vielen Dank.

Erklärung:

Folgende Ärzte sollen zusätzlich zum überweisenden Arzt über meine bei Ihnen erhobenen Befunde informiert werden:

Name	Anschrift (soweit bekannt)	Fachrichtung

Mir ist bekannt, dass meine Zustimmung hierzu freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter/in

5/5