



Patientin Name, Vorname _____ Datum: _____

Aktuelle Telefonnummer/Handy-Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____

Name, Adresse und Telefon eines Angehörigen: _____

Liebe Patientin,

bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, um einen reibungslosen Ablauf in der Sprechstunde zu gewährleisten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Hat jemand in Ihrer Familie Brustkrebs oder Eierstockkrebs?

nein ja; Wer?

Hatten Sie bereits eine Brustoperation?

nein ja; Wann und Weshalb?

Haben Sie Kinder geboren?

nein ja; Wieviele?:

Wann war die letzte Periode?Zykluslänge:Tage.....

Nehmen Sie Hormone ein (Pille, Hormonersatztherapie)?

nein ja; Welche?:

Liegen bzw. lagen bei Ihnen **besondere Erkrankungen** bzw. Operationen, wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche, Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher, Stenteinlage, Asthma, Lungenentzündung, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüsenerkrankung, Hepatitis, HIV, Thrombose, Embolie

nein ja; Welche?:

Schnarchen Sie?

nein ja; Benutzen Sie in der Nacht eine Atemhilfe? nein ja

Sind Sie zuckerkrank?

nein ja; Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie in den letzten Tagen Aspirin (Acetylsalicylsäure, ASS) oder ein aspirinhaltiges Medikament (Godamed, Spalt, Thomapyrin o.a.) eingenommen?

nein ja; Wann zuletzt?

Nehmen Sie ein blutverdünnendes Medikament z.B. Marcumar/Xarelto/Pradaxa o.ä. ein?

nein ja; Welches?

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt?

nein ja; Wann zuletzt?

Bestehen bei Ihnen Allergien?

nein ja; Welche?

Aufnahmescreening MRSA und MRGN siehe Dok.-Nr. 23765

Aufnahmescreening auf MRSA und MRGN

Patientenetikett oder:

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Vom Patienten auszufüllen:		Ja	Nein
Sind oder waren Sie selber mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert? * ¹ <i>Falls bekannt, bitte Erreger angeben:</i>			
Haben Sie engen Kontakt zu Menschen mit multiresistenten Erregern? * ¹ (häusliche Gemeinschaft) <i>Falls bekannt, bitte Erreger angeben:</i>			
Waren Sie während eines Krankenhausaufenthaltes gemeinsam mit einem Patienten mit multiresistenten Erregern in einem Zimmer untergebracht? * ¹ <i>Falls bekannt, bitte Erreger angeben:</i>			
Ist Ihnen bekannt, ob Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes auf unserer Intensivstation aufgenommen werden? *			
Mussten Sie in den vergangenen 6 Monaten ein Antibiotikum einnehmen? *			
Haben Sie eine chronische Wunde? *			
Haben Sie einen künstlichen Darm- /Blasen - Ausgang? (Stuhl / Urin) * Haben Sie liegende Katheter oder Drainagen? * Sind Sie Dialysepflichtig? *			
Haben Sie Kontakt zur landwirtschaftlichen Tiermast oder Veterinärmedizin? *			
Arbeiten Sie in einem medizinisch-pflegerischen Bereich mit direktem Patienten-/Klientenkontakt? *			
Leben Sie in einem Pflegeheim? Sind Sie dauerhaft Pflegebedürftig? **			
Haben Sie sich im vergangenen Jahr länger als 6 Wochen im Ausland aufgehalten oder dort (kurzzeitiger) in häuslichem Umfeld gelebt? ** ¹			
Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten länger als drei Tage stationär in einem Krankenhaus behandelt? ** (I : Inland / A : Ausland ¹)			

Vom Krankenhausmitarbeiter auszufüllen:

MRSA: Zeitfenster ≥24h vor stationärer Aufnahme, immer Kultur	Kultur*	PCR**	Ärztl. Anordnung Dat. / Hdz.	Durchführung Dat. / Hdz.
MRSA - Nase/Rachen				
MRSA - Weitere:				
MRSA - Weitere:				
MRGN ¹ - Auslandsscreening s.u.		nein		
Kein Screening				

¹ MRGN Screening durchführen, s. Auslandsscreening, Dok. 22254



Information

Einverständniserklärung CD



St. Elisabeth-
Krankenhaus
Köln-Hohenlind



Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln



Chefärztin: Dr. med. C. Schumacher

Telefon 0221 / 4677 – 2306

Telefax 0221 / 4677 – 2308

Einverständniserklärung

Name, Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, eigene, mitgebrachte CD's in das Krankenhausinformationssystem zum Zweck der Befund-Diagnostik einlesen zu lassen, sowie deren inhaltliche Weitergabe an mitbehandelnde Ärzte, ausschließlich zur Diagnostik-Beurteilung zuzulassen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass Mitarbeiter/innen des Brustzentrums, im Falle nicht vorliegender Befunde (z.B. CD's, Röntgenbilder usw.), diese bei meinem behandelnden Arzt/in anfordern können.

Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie eingelesen wurden.

Datum

Unterschrift des Patienten

Patientenaufkleber



St. Elisabeth-
Krankenhaus
Köln-Hohenlind

Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h,
Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein **Hausarzt** ist: _____
(Name und Anschrift des **Hausarztes**)

Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor-/Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

- Vorbehandler
 Weiterbehandler
 _____ (sonstigen Behandler)

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem

- Vorbehandler
 _____ (sonstigen Behandler)

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein **Vorbehandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Mein **Weiterbehandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Mein **sonstiger Behandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Hausarzt/Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)