

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

wie bereits am Telefon besprochen, benötigen wir vor der Vergabe eines Ersttermins für die Spezielle Schmerztherapie einige Unterlagen und Auskünfte von Ihnen.

Neben den Kopien Ihrer Befunde, Arztbriefe, MRT-Berichte von Ärzten, bei denen Sie bezüglich Ihres Schmerzes bereits in Behandlung waren (z.B. Neurologie, Orthopädie, Radiologie), bitten wir Sie, die folgenden Formulare auszudrucken, sorgfältig und vollständig auszufüllen und uns per Post zurückzusenden bzw. in der Praxis abzugeben. Röntgenbilder bringen Sie bitte später zum Termin mit.

Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg (CIS) GmbH
Robert- Koch- Straße 36, 20249 Hamburg-Eppendorf

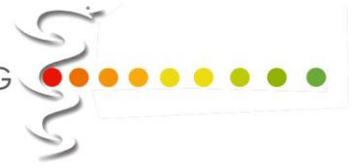
bzw.

Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg (CIS) GmbH
Kleiner Schippsee 11, 21073 Hamburg-Harburg

Sobald uns alle Unterlagen vorliegen, senden wir Ihnen einen Link zum Deutschen Schmerzfragebogen über E-Mail zu. Dieser obliegt der Datenschutz-Grundverordnung. Nach Erhalt des Test-Ergebnisses teilen wir Ihnen Ihren Termin schriftlich mit.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Praxisteam



Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie dem **Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg (CIS) GmbH** die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

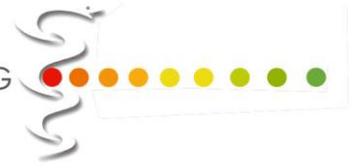
Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte / Verordnungen / Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

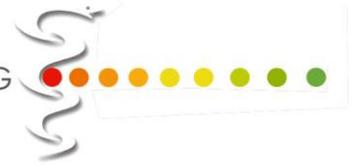
Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
--------------	--



Selbstauskunft

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	E-Mail
Straße/ Nr.	PLZ/ Ort
Telefon	mobil
Krankenkasse mit Nummer	
Krankenversicherungsnummer	
Beruf	Tätig als
Arbeitgeber	
Hausarzt (Anschrift)	
Telefon/ Fax	
Mitbehandelnde Ärzte (Anschrift)	
Telefon/ Fax	
Mitbehandelnde Ärzte (Anschrift)	
Telefon/ Fax	



Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben

- Herz-/ Kreislauferkrankung ja nein _____
- Blutgefäßerkrankung ja nein _____
- Magen-/ Darmerkrankung ja nein _____
- Lebererkrankung ja nein _____
- Nierenerkrankung ja nein _____
- Blutgerinnungsstörungen ja nein _____
- Rheumatische Erkrankung ja nein _____
- Diabetes ja nein _____
- Gicht ja nein _____
- Erkrankungen der Atemwege/
Lunge ja nein _____
- Augenleiden (grüner/ grauer Star) ja nein _____
- Nerven-/ Gemütskrankheit ja nein _____
- Schilddrüsenerkrankung ja nein _____
- Sind Sie schon einmal operiert
worden? ja nein _____
- Sind Sie schwanger? ja nein _____
- Haben Sie Allergien? ja nein _____
- Gegen Medikamente? Wenn ja,
gegen welche? ja nein _____
- Sind Sie SARS CoV 2 geimpft? ja nein _____
- Rauchen Sie? ja nein _____

Wieviel Alkohol trinken Sie? _____

Familienstand/ Kinder _____

Größe (cm)/ Gewicht (kg) _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Name	Dosis/ Menge	Häufigkeit

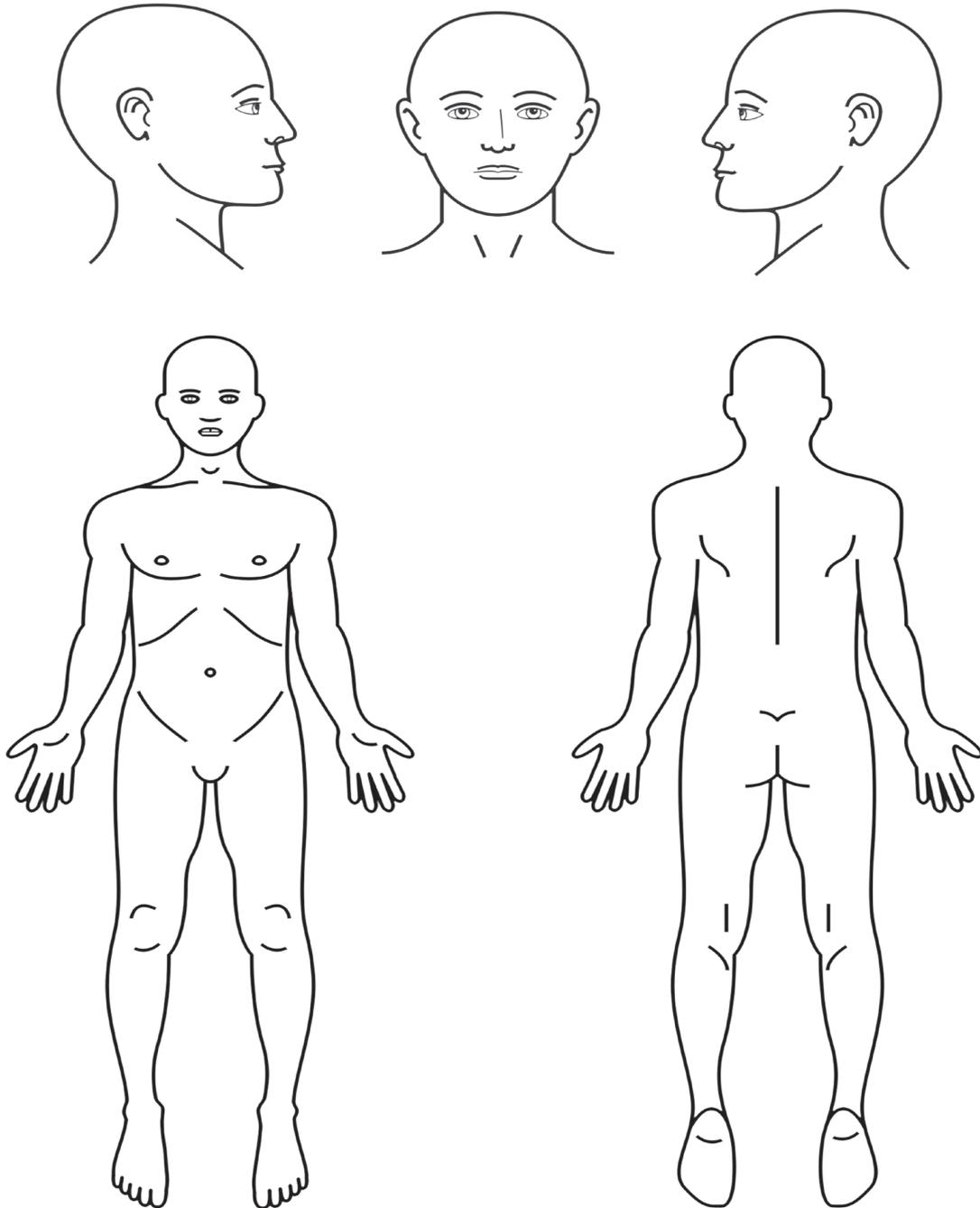
Datum

Vor-/ Nachname

Körperschema Schmerz

rechts

links



Datum

Vor-/ Nachname

