

Orthopädische - Unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Schiller & Dr. med. Rohr
78224 Singen am Hohentwiel



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Name / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort	
Tel. Privat	Tel. Mobil	
E-Mail	Hausarzt	
Größe	Gewicht	Beruf / Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif (reduzierter Satz) Normaltarif

Allgemeine Gesundheitsfragen

Allergien? ja nein Welche? _____ (ggf. Rückseite verwenden)

Medikamente? ja nein Welche? _____ (ggf. Rückseite verwenden)

Operationen? ja nein Welche? _____ (ggf. Rückseite verwenden)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck Thrombose/Embolie Herzschrittmacher/Defibrillator Herzinfarkt
 Diabetes Nierenerkrankungen Blutverdünner Asthma/COPD
 Sonstiges _____ (ggf. Rückseite verwenden)

Einwilligung zur Datenerhebung, - Verarbeitung und - Speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen, der Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken/Studien und zur Qualitätssicherung durch die Praxis zu. Ich habe das Recht, über die meine Person betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kann ich die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus besteht unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. H) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. B) Bundesschutzgesetz. Auf Wunsch wird mir ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann.

Ich willige hiermit ein, dass mein Arzt ortho-singen.kvbw@kv.dox.kim.telematik personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/ Weiterbehandlung an o.g. Einrichtung auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem heraus übermitteln wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arztinformationssystem erfasst sind. Diese Daten werden als "eArztbrief" übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei. Ich bin weiter darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt. Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arztinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin. Ich erteile diese Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlungen gültig ist. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Dieser Aufklärungsbogen soll Sie über Risiken aufklären, die prinzipiell bei einer Injektionstherapie, sowie der Infusionstherapie und Medikamentengabe bestehen, die ggf. bei Ihnen eingesetzt werden.

In der Orthopädie werden viele Beschwerden der Gelenke, Sehnen, Bänder, Muskeln, Bandscheiben und Nerven durch Injektionen behandelt. Hierbei geht es darum, Medikamente möglichst nah an den Ort der Schmerzentstehung zu bringen, um eine rasche Besserung der Beschwerden sowie der Funktion zu erzielen.

Hierbei werden entzündungshemmende Medikamente, aber auch Lokalanästhetika verwendet. In besonderen Fällen stehen auch Hyaluronsäure, pflanzliche und homöopathische Stoffe zur Verfügung. Durch eine Vielzahl verschiedener Injektionstechniken wird abhängig von Ihrer Erkrankung eine gute Wirksamkeit bei möglichst geringen Nebenwirkungen erreicht.

Dennoch bestehen, wie bei allen ärztlichen Maßnahmen, gewisse Risiken:

- *Vorübergehende Lähmung von Muskeln mit der Gefahr von Stürzen oder unfreiwillige Abgabe von Harn und Stuhl. Die Lähmungen bilden sich innerhalb von Minuten bis wenigen Stunden spontan zurück.*
- *Vorübergehende Beschwerdezunahme bei oder nach der Injektion.*
- *Vorübergehende Erhöhung des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern.*
- *Störung des Menstruationszyklus und evtl. Aufhebung der Wirkung von Verhütungsmittel.*

Sehr seltene Komplikationen sind:

- *Eitrige Entzündungen können ernste Folgen haben und müssen sofort ärztlich behandelt werden, da es sonst zu einer Zerstörung von Geweben bis hin zu einer Blutvergiftung kommen kann.*
- *Gefäßverletzungen mit Hämatombildung (blauer Fleck).*
- *Nervenverletzungen mit anhaltenden Missempfindungen und Lähmungen.*
- *Allergien, Atem- und Kreislaufreaktionen bis zum Schock.*

Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund möglicher Nebenwirkungen weder am Tag der Injektion bzw. Infusion ein Fahrzeug führen, oder Maschinen bedienen (wenn nötig in Begleitung gehen). Ebenso sollten Sie erst 20 Minuten nach der Injektion und Infusion die Praxis verlassen, da manche Reaktionen verzögert eintreten können. Beachten Sie bitte auch, dass die Einnahme von Tabletten teilweise das Reaktionsvermögen in gleicher Weise herabsetzen.

Bitte zögern Sie nicht, uns vor jedem geplanten Eingriff oder jeder ärztlichen Tätigkeit nach speziellen Risiken zu fragen.

Ich habe die Information gelesen und verstanden.

Ort

Datum

Unterschrift