



Liebe:r Patient:in,

Sie haben sich neu in unserer Praxis angemeldet. Um uns auf Ihren ersten Besuch bestmöglich vorzubereiten und Ihre Behandlung sicher durchführen zu können, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer bisherigen Behandlung auch Befunde und Unterlagen, sowie Daten und Einverständniserklärungen.

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Besuch mit:

**1. Ausgefüllter Anamnesebogen**

- Es geht dabei um Angaben über bisherige Behandlungen im Rahmen der Erkrankung.

**2. Ausgefüllte Einverständniserklärung und Vollmacht zur Befundeinholung**

- Ohne diese dürfen wir keine Unterlagen von Ihnen anfordern. Sollten wir noch vor Ihrem Termin Befunde anfordern müssen, so lassen Sie uns dies bitte rechtzeitig wissen.

**3. Erforderliche Befunde**

- Wir benötigen Entlassungsbriefe, Operationsberichte, Histologiebefunde, Röntgen-/CT-/MRT-Berichte, Laborwerte etc.

Sie können uns Ihre Befunde auf folgenden Wegen zukommen lassen

- E-Mail: info@onko-buchholz.de (bitte gesonderte Einverständniserklärung ausfüllen)
- Fax: 0 41 81–13 13 95
- Postweg
- persönliche Abgabe während unserer Praxiszeiten

**4. Versichertenkarte und Überweisung**

- Bitte bringen Sie ihre elektronische Gesundheitskarte und eine Überweisung mit.
- Bei Zuzahlungsbefreiung legen Sie uns bitte Ihren Nachweis vor

**5. Aktueller Medikationsplan**

- Medikamentenplan von ihrer Hausarztpraxis mit QR-Code, alternativ eine eigene Liste ihrer aktuellen Medikation

**Hinweis:** Sollten Sie die Anmeldung nicht für sich selbst, sondern im Auftrag vornehmen, benötigen wir die entsprechende Vollmacht. Ohne Bevollmächtigung dürfen wir Ihnen keine Auskunft erteilen.

Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre Onkologische Praxis Buchholz

## Persönliche Angaben

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht:             männlich         weiblich         divers

PLZ und Wohnort: .....

Strasse und Hausnummer: .....

Telefon, auch mobil: .....

Familienstand: .....

Kinder: .....

Beruf: .....

berufstätig     berentet

Größe: .....

Gewicht: .....

Pflegegrad: .....

Schwerbehinderung GdB: .....

Auskunftsberechtigter: .....

— Telefon: .....

Überweiser:in / Adresse: .....

Hausarzt:in / Adresse: .....

**Ich komme für weitere**

Diagnostik             Therapie             Nachsorge             Zweitmeinung

**Erkrankung (Diagnose) bzw. auffällige Befunde:**

.....

.....

.....

.....

.....

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## Anamnese / Vorerkrankungen 1/2

	Ja	Nein	seit (wann)		Ja	Nein	seit (wann)
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
KHK/Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Hepatitis/HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Magenkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Darmkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutzuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nikotin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
wenn ja, bitte Angabe Zigaretten/Tag			_____	wenn ja, bitte Angabe O gelegentlich O regelmäßig			

Frühere Krebserkrankung:

.....

Vorkommen von Krebserkrankungen in der Familie:

.....

.....

.....

Medikamenteneinnahme (bitte ausfüllen oder Medikamentenplan beifügen):

.....

.....

.....

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## Anamnese / Vorerkrankungen 2/2

Frühere Operationen:

.....

.....

.....

Art der Operation:	Grund der Operation:	Monat / Jahr:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Ggf. weitere Operationen:

.....

Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen

Monat / Jahr

Gastroskopie / Magenspiegelung:

.....

Coloskopie / Darmspiegelung:

.....

Mammografie:

.....

Letzte gynäkologische Untersuchung:

.....

Letzte urologische Untersuchung:

.....

Bisherige Behandlungen bei der AKTUELLEN Erkrankung:

(bisher behandelnde Ärzte / Krankenhäuser, erfolgte Untersuchungen / Behandlungen)

.....

.....

.....

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## Vollmacht zur Befundeinholung 1/2

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologischen Praxis Buchholz meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax, elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung (KIM-Dienst) anfordern und einsehen dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligte Einrichtung wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Onkologische Praxis Buchholz Befunde und Daten an Kliniken und Einrichtungen im Falle eines Notfalls zur Optimierung meiner Behandlung und weiteren Diagnostik weitergeben darf.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient:in (ggf. gesetzl. Vertreter:in)

### Externe Dienstleister und Mitbehandelnde

Zu Ihrer bestmöglichen Versorgung und Behandlung arbeiten wir mit verschiedenen Laboren, Ärzt:innen und externen Dienstleistern zusammen. Die Weitergabe der Daten ist notwendig, da wir zur Erfüllung unseres Behandlungsvertrages auf die Dienstleistungen und Mitbehandlung durch unterschiedliche Stellen angewiesen sind. Wir geben ihre Daten ausschließlich zum Zweck ihrer medizinischen Behandlung weiter.

Im nachfolgenden werden Labore, Pathologische Institute, Radiologische Institute und medizinische Einrichtungen/Praxen bzw. Krankenhäuser aufgeführt, mit denen unsere Praxis zusammenarbeitet.

**Die hier nicht genannten Institutionen können jederzeit ergänzt und hinzugefügt werden.**

#### Labore:

Labor Lademannbogen, Lademannbogen 61-63, 22339 Hamburg  
 Labor im Krankenhaus Buchholz, Steinbecker Str. 44, 21244 Buchholz  
 Labor im Krankenhaus Winsen, Friedrich-Lichtenauer-Allee 1, 21423 Winsen/L.  
 Hämatopathologie, Dres. med. Tiemann & Schulte, Fangdiekstr. 75a, 22506 Hamburg  
 Referenzpathologie/Hämatopathologie Lübeck, Prof. Dr. Feller und Kollegen, Maria-Goeppert Str. 9a, 23562 Lübeck

#### Pathologische Institute:

Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Prof. Dr. Dr. Kreipe, Institut für Pathologie, 30601 Hannover  
 MHP (Hämopathologie München), Max-Lebsche-Platz 31, 81377 München  
 Prof. Dr. Krüger & Dr. Gelbert, Pathologie Winsen, Friedrich-Lichtenauer-Allee 1, 21423 Winsen/L.  
 Hämatopathologie, Dres. med. Tiemann & Schulte, Fangdiekstr. 75a, 22506 Hamburg

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## Vollmacht zur Befundeinholung 2/2

Tumorgenetik Nord, Dr. Lana Harder, Steenbeker Weg 23, 24106 Kiel  
 Zytologisches Institut Dr. Topalidis, Brabeckstr. 97, 30539 Hannover

### **Radiologische Praxen/Einrichtungen:**

Radiologische Praxis der Krankenhäuser Buchholz und Winsen-  
 Standort Buchholz: Steinbecker St. 44, 21244 Buchholz  
 Standort Winsen: Friedrich-Lichtenauer-Allee 1, 21423 Winsen/L.  
 Kernspinzentr. Hbg.- Süd, Harburger Rathausstr. 29, 21073 Hamburg  
 Radiologische Allianz, Im Phoenix-Center, Moorstr. 6, 21073 Hamburg  
 Asklepios Klinik Harburg, Klinik für Radiologie, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg  
 Asklepios Klinik Altona, Radiologie, Paul-Ehrlich-Strasse 1, 22763 Hamburg  
 Radiologische Allianz, Mörkenstr. 47, 22767 Hamburg  
 Kernspinzentrum Europa Passage, Hermannstrasse 22, 20095 Hamburg  
 Radiologie im Roten Feld, Willy-Brandt-Str. 2, 21335 Lüneburg

### **Krankenhäuser:**

Agaplesion Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Glindersweg 80, 21029 Hamburg  
 Agaplesion Diakonikum Rotenburg, Elise-Averdieck-Strasse 17, 27356 Rotenburg/W.  
 Albertinen Krankenhaus, Süntelstrasse 11a, 22457 Hamburg  
 Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg  
 Asklepios Klinik St. Georg, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg  
 Asklepios Klinik Barmbek, Rübenkamp 220, 22307 Hamburg  
 Asklepios Klinik Wandsbek, Alphonsstrasse 14, 22043 Hamburg  
 Asklepios Klinik Harburg, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg  
 Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Lesserstrasse 180, 22049 Hamburg  
 Elbe Klinikum Buxtehude, Am Krankenhaus 1, 21614 Buxtehude  
 Elbe Klinikum Stade, Bremervörder Strasse 111, 21682 Stade  
 Heidekreis-Klinikum gGmbH Krankenhaus Soltau, Oeninger Weg 30, 29614 Soltau  
 Heidekreis-Klinikum gGmbH Krankenhaus Walsrode, Robert-Koch-Strasse 4, 29664 Walsrode  
 Israelitisches Krankenhaus Hamburg, Orchideenstieg 14, 22297 Hamburg  
 Kath. Marienkrankenhaus Hamburg, gGmbH, Alfredstr. 9, 22087 Hamburg  
 Krankenhaus Buchholz, Steinbecker Str. 44, 21244 Buchholz  
 Krankenhaus Jerusalem, Moorkamp 6, 20357 Hamburg  
 Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek  
 Krankenhaus Winsen, Friedrich-Lichtenauer-Allee 1, 21423 Winsen/L.  
 LungenClinic Großhansdorf, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf  
 Städtisches Klinikum Lüneburg, Bögelstrasse 1, 21339 Lüneburg  
 Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Dehnhaiide 120, 22081 Hamburg  
 Universitätsklinikum HH-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
 Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Groß-Sand3, 21107 Hamburg

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Buchholz, meine Daten im Rahmen von Aufträgen an externe Dienstleister und Mitbehandler weitergeben dürfen.

Die Einwilligung gilt für die Zeit meiner Behandlung in der Onkologischen Praxis Buchholz. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Patient:in (ggf. gesetzl. Vertreter:in)

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Kommunikation per E-Mail**

Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch besteht die Möglichkeit Ihnen Informationen, Daten und Befunde per E-Mail zu zusenden. In diesem Fall bitten wir Sie die unten genannte Erklärung zu unterschreiben.

Bitte achten Sie darauf, keinen Dritten Zugriff auf ihre E-Mails zu gewähren. Achten Sie insbesondere darauf, keine E-Mail-Adresse zu verwenden, die vom Mailserver Ihres Arbeitgebers empfangen wird oder die Sie gemeinsam nutzen.

Sollten Sie keine E-Mail-Kommunikation wünschen, streichen Sie bitte diese Einverständniserklärung durch – und bitte nicht unterschreiben. Sollten sie uns dann dennoch per E-Mail kontaktieren ist eine Beantwortung per E-Mail unsererseits nicht möglich.

**Die Kommunikation erfolgt mittels unverschlüsselter E-Mail.**

Wir möchten Sie explizit daraufhin weisen, dass ein unverschlüsselter Versand von Nachrichten mit sensiblem Inhalt auf dem E-Mail-Wege nicht datenschutzkonform ist. Es besteht die Möglichkeit, dass der Inhalt der Nachrichten gelesen, kopiert oder manipuliert wird. Ihre Daten sind nicht vor der Einsichtnahme Dritter geschützt.

**Ich wünsche ausdrücklich, dass mir sämtliche Informationen, auch personenbezogene Daten, im Sinne der EU Datenschutzverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unverschlüsselt an mein nachfolgende E-Mail-Adresse übersandt werden.**

Ich bitte um Verwendung der folgenden E-Mail-Adresse

..... @ .....

Ich willige in die Speicherung der vorgenannten E-Mail-Adresse in meiner elektronischen Patientenakte ein.

Diese Einverständniserklärung kann nur schriftlich und nur für die Zukunft widerrufen werden. Bei Änderung der E-Mail-Adresse ist die erneute Übermittlung dieser Einverständniserklärung mit meiner neuen E-Mail-Adresse erforderlich.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient:in (ggf. gesetzl. Vertreter:in)