

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Herzlich Willkommen im Pneumozentrum Oldenburg!

Ihre aktuellen Beschwerden: (Stichwörter reichen, z.B. Luftnot seit 3 Wochen):

---

---

Andere innere Krankheiten (z.B.  Bluthochdruck,  Zucker,  Herzinfarkt,  Sodbrennen,  dauerhafte Nasennebenhöhlenentzündung usw.)

---

---

Frühere Erkrankungen (z.B. OPs, Infektionen, Thrombosen, Krebserkrankungen)

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (bitte Inhalationsmedikamente mit Dosierung)?

---

Ihr (früherer) Beruf? \_\_\_\_\_  berentet

Haben Sie Allergien?  nein  ja, und zwar gegenüber \_\_\_\_\_

Glauben Sie, dass eine Allergie Ursache Ihrer aktuellen Beschwerden sein könnte?

ja  nein

Haben Sie eine Kontrastmittel- oder Medikamentenunverträglichkeit?  nein  ja, gegen \_\_\_\_\_

Rauchen Sie aktuell?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zig. / Tag

Haben Sie früher geraucht?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zig. / Tag, von-bis wann \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere?  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie Asthma oder Heuschnupfen?  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Einverständniserklärung

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig! Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. **Weitere Information zum Datenschutz finden Sie auf unserem Aushang in der Praxis, bei Fragen sprechen Sie uns gerne an!**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Ich erlaube, dass mein/-e Hausarzt/-ärztin

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

über hier durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen informiert wird. Bei einem Hausarztwechsel bitte ich um Zusendung der Befunde an den aktuellen Hausarzt.

Ich möchte auch, dass (falls erforderlich) mitbehandelnde Fachärzte über die Behandlung im Pneumozentrum informiert werden und meine Kontaktdaten übermittelt werden (z.B. zur Anmeldung für geplante Klinikaufenthalte und geplante Facharztüberweisungen).

ja  nein

Ich willige ein, dass die Ärzte des Pneumozentrums Oldenburg notwendige Befunde bei meinen behandelnden Ärzten und notwendige Krankenhausberichte anfordern.

ja  nein

Ich willige ein, dass ich per SMS und/oder email kontaktiert werden darf (insbesondere zur Terminerinnerung oder Terminabsage).

ja  nein

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung, soweit gesetzlich möglich, jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)