

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

nein  ja  , seit \_\_\_\_\_ Jahren

Vergrößerung  Knoten  Überfunktion  Unterfunktion

Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenoperation  oder eine

Radiojodtherapie  durchgeführt? ja  , vor \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals? nein  ja

Leiden Sie an ...

...Schluckbeschwerden? nein  ja

...Händezittern? nein  ja

...Überempfindlichkeit gegen Wärme nein  ja

...Überempfindlichkeit gegen Kälte? nein  ja

Sind Schilddrüsenerkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

nein  ja  welche? \_\_\_\_\_

### Gewicht:

Haben Sie abgenommen?

nein  ja  , \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Haben Sie zugenommen?

nein  ja  , \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Haben Sie Herzrasen? nein  ja  , Puls pro Minute \_\_\_\_\_

regelmäßig  unregelmäßig

Leiden Sie an hohem Blutdruck?

nein  ja  , zuletzt \_\_\_\_\_ mmHg

Leiden Sie an niedrigem Blutdruck?

nein  ja  , zuletzt \_\_\_\_\_ mmHg

Ist Ihr Stuhlgang gehäuft? nein  ja  , wie oft am Tag? \_\_\_\_\_

Durchfall  , Verstopfung  , Sonstiges

Haben Sie...

... Schmerzen an Knochen oder Gelenken? nein  ja

... bereits einen Knochenbruch erlitten? nein

ja  , vor \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren Wirbelsäule  , Oberschenkel

, Unterarm  , andere  \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine erniedrigte Knochendichte festgestellt?

nein  ja  , vor \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

Sind Sie kleiner als früher? nein  ja  ,

Passgröße \_\_\_\_\_ cm, aktuelle Größe \_\_\_\_\_ cm

Haben Sie Medikamente gegen eine Osteoporose erhalten?

nein  ja  und zwar: \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haben Sie länger als 3 Monate lang Cortison erhalten?

nein  ja  , wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter ...

... Nierensteinen? nein  ja

... Epilepsie? nein  ja

Besteht bei Ihnen eine Sturzneigung?

nein  ja  , wie häufig im letzten Jahr? \_\_\_\_\_

Ist in Ihrer Familie Osteoporose bekannt?

nein  ja  , wer? \_\_\_\_\_

Aufnahme von Milchprodukten: regelmäßig  viel  wenig

Bewegen Sie sich sportlich?

regelmäßig  , gelegentlich  gar nicht

Setzen Sie sich der Sonne aus?

oft  , selten  gar nicht

Rauchen Sie?

nein  ja  , \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag, seit

\_\_\_\_\_ Jahren

Haben Sie früher geraucht?

nein  ja  , über \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol? nein  gelegentlich  regelmäßig

, wie viel? \_\_\_\_\_

### ➤ Allgemeine Fragen:

Leiden Sie unter Allergien? nein  ja  , gegen \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? Krebserkrankung  , seit wann? \_\_\_\_\_ Diabetes  , seit wann? \_\_\_\_\_

Herzkrankung  , seit wann? \_\_\_\_\_

hohes Cholesterin  , seit wann? \_\_\_\_\_

andere ernsthafte Erkrankung  , welche und seit wann? \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie vererbliche Erkrankungen bekannt?

nein

ja  , welche? \_\_\_\_\_

z. B. Osteoporose?  Alterszucker?

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte angeben, welche mg/ $\mu$ g Sie einnehmen und wie oft Sie das Medikament einnehmen)

---

---

> **Fragen an unsere weiblichen Patienten:** ♀ (Angabe freiwillig)

Wann war der 1. Tag der letzten Periodenblutung? \_\_\_\_\_

Ist die Periode regelmäßig , unregelmäßig , Zyklusdauer weniger  oder mehr  als 35 Tage?

Haben Sie Zwischenblutungen? nein  ja

Sind bei Ihnen Eierstockzysten bekannt? nein  ja , seit wann? \_\_\_\_\_

Wenden Sie eine hormonelle Verhütungsmethode an? nein  ja , welche? \_\_\_\_\_

Besteht zurzeit ein Kinderwunsch? nein  ja

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? nein  ja

Bestand bei Ihnen ein zurückliegender Schwangerschaftsdiabetes? nein  ja

Wurde bei Ihnen eine künstliche Befruchtung durchgeführt? nein  ja , wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine Fehlgeburt erlitten? nein  ja , wann? \_\_\_\_\_, in der \_\_\_\_\_ Woche

Wie viele Schwangerschaften/Geburten haben Sie erlebt? \_\_\_\_\_ Wie alt sind Ihre Kinder? \_\_\_\_\_

Wie viele Monate haben Sie insgesamt gestillt pro Kind? \_\_\_\_\_ Monate

Haben Sie zurzeit Milchabsonderungen aus der Brust? nein  ja , seit \_\_\_\_\_ Monaten

Ist bereits bei Ihnen die Menopause eingetreten? nein  ja , in einem Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Ist danach eine Therapie mit weiblichen Hormonen erfolgt? nein  ja , über \_\_\_\_\_ Jahre

Nehmen Sie zurzeit Hormonpräparate ein? nein  ja , welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter ...

... Haarausfall

... Mehrbehaarung

... verstärkter Akne , seit wann? \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

... Hitzewallungen

... vermehrten Stimmungsschwankungen , seit wann? \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

> **Fragen an unsere männlichen Patienten:** ♂ (Angabe freiwillig)

Wie viele leibliche Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

Wie alt sind die Kinder? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Potenz? nein  ja , seit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist bei Ihnen ein Mangel an männlichen Hormonen festgestellt worden? nein  ja , wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Brustvergrößerung? nein  ja , seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Milchabsonderungen aus der Brust? nein  ja , seit wann? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen zur Vorstellung bei uns?

---

---

---



# Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel

## Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie

Regensburg – München – Landshut – Ingolstadt – Furth – Passau

Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides & Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie gehen als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis ein, haben aber einen zuständigen Arzt an dem von Ihnen gewählten Standort.

Das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel ist eine Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie und ist an folgenden Standorten, mit folgenden Ärzten vertreten:

**Unsere Standorte:** Regensburg, München, Landshut, Ingolstadt, Passau

**Unsere Ärzte:** Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen.

Im Rahmen Ihrer Behandlung im Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie ist die Anforderung und Auswertung auswärtiger Befunde sowie die Übermittlung interner und externer Befunde an Haus- und Fachärzte zur Beurteilung/Behandlung Ihrer Erkrankungen oft erforderlich. Nach §73 Abs. 1b SGB V ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten notwendig.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligung zum Datenschutz zu unterzeichnen.

**Hiermit entbinde ich, (bitte hier Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben)**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Ihr Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ihre aktuelle Telefonnummer: \_\_\_\_\_ (bevorzugt Handynummer)

Ihre Email-Adresse: \_\_\_\_\_

- mit behandelnde Ärzte von der Schweigepflicht zur Übermittlung von medizinischen Befunden an das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel
- die behandelnden Ärzte des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsels von der Schweigepflicht für die Befundübermittlung an mitbehandelnde Ärzte
- Ich bin damit einverstanden, dass auswärtige Befunde die zur Beurteilung und/oder Behandlung meiner Beschwerden notwendig sind schriftlich, telefonisch oder per Telefax angefordert werden
- Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Befunde an Mitbehandler übermittelt werden soweit es zu einer Einschätzung meiner Erkrankung oder die Behandlungsplanung erforderlich ist
- Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsberichte an den/die von mir angegebenen überweisenden Arzt bzw. Ärzte weitergeleitet werden
- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die unten genannten Ärzte (siehe Kästchen) sich auch untereinander über meinen Krankheitsverlauf, Befunde, Therapie und weitere Behandlung austauschen dürfen

**Welche Praxis soll den Befund erhalten?**

Name, Straße, PLZ und Ort der Praxis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir verschicken unsere Befunde an andere Praxen nur per Fax, **nicht per Post**. Sollten Sie mit der Übersendung des Befundes per Fax nicht einverstanden sein, müssen Sie Ihren Befund bei uns in der Praxis abholen oder Sie erhalten Ihre Befunde per eService. **Unterlagen an Sie persönlich werden grundsätzlich nicht per Post oder per Fax versendet. Gerne können Sie unseren verschlüsselten Service von CGM eService in Anspruch nehmen. Dieser Service ist für Sie kostenfrei.**

- Ja Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass der oben genannte Arzt den ausführlichen Befundbericht **per Fax** erhalten darf. **Bitte unbedingt Arzt angeben**
- Nein Ich möchte meine Befunde selbst erhalten und wünsche keine Übermittlung an andere Praxen/Kliniken. Die Zusendung erfolgt entweder per eService oder Selbstabholung in der Praxis. Bei Selbstabholung trage ich die anfallenden Kosten selbst (bitte zutreffendes ankreuzen)

**!!! HINWEIS !!!** Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass alle Angaben richtig bzw. vollständig ausgefüllt sind. Haben Sie was vergessen, ist eine Versendung Ihrer Unterlagen nicht möglich. Auch bedenken Sie bitte die Vollmacht richtig bzw. vollständig auszufüllen, ansonsten ist eine Weitergabe bzw. Abholung Ihrer Unterlagen durch Dritte nicht möglich!!!

**Zusendung von Rezepten/Überweisungen – Befundberichte ausgeschlossen**

Rezepte und Überweisungen verschicken wir gerne per Post an Sie, die Kosten hierfür müssen Sie aber selbst tragen. Haben Sie uns kein Porto in Höhe von 1 Euro (Material- und Portokosten) hinterlassen, können wir Ihnen leider nichts zuschicken und Sie müssen es bei uns in der Praxis abholen.

- Ich möchte **keine Material- und Portokosten** in Höhe von 1 Euro hinterlassen und hole meine Rezepte/Überweisungen selbst ab.
- Ich möchte einen Euro hinterlassen und bitte um die Zusendung von Rezepten/Überweisungen.

**Bitte wenden**



# Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel

## Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie

Regensburg – München – Landshut – Ingolstadt – Furth – Passau

Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides & Kollegen

Aufgrund einiger Krankheitsbilder können weitere Untersuchungen bei Ihnen erforderlich sein, die wir in unserer Praxis nicht durchführen, aber die zur weiteren Abklärung Ihrer Beschwerden notwendig sind. Dafür müssen wir Sie an einen anderen Arzt überweisen oder unsere Ärzte wollen sich vorab mit den Kollegen austauschen um das weitere Vorgehen zu besprechen. Ohne Ihre schriftliche Einwilligung dürfen wir das nach der Datenschutz-Grundverordnung nicht. Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie vorab uns Ihre schriftliche Einwilligung zu erteilen um das Vorgehen zu vereinfachen bzw. für Sie zu beschleunigen.

**Ich bin damit einverstanden**, dass meine Befunde die für meine weitere Untersuchung notwendig sind an folgende Ärzte

Medizinische Versorgungszentren Dr. Neumaier & Kollegen, Castra Regina Center, Bahnhofstraße 24, 93047 Regensburg – Caritas Krankenhaus St. Josef, Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg – Barmherzige Brüder Klinik St. Hedwig, Steinmetzstraße 1-3, 93049 Regensburg – Universitätsklinikum Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

weitergeleitet werden dürfen. Wünschen Sie das nicht oder haben Sie einen anderen Arzt Ihres Vertrauens, geben Sie diesen bitte auf der ersten Seite mit Anschrift und Telefonnummer an.

**Ich bin nicht damit einverstanden und willige auch nicht ein**, dass sich die Ärzte, ohne mein Wissen, untereinander austauschen dürfen.

### Vollmacht

Hiermit erteile ich für den unten genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf über meinen gesamten Krankheitsverlauf von meinem behandelnden Arzt des Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie in Kenntnis gesetzt werden und auch über die notwendige Therapie. Auch dürfen der bevollmächtigten Person Befunde, telefonisch und/oder persönlich mitgeteilt werden. Die Vollmacht gilt auch für die Abholung von Rezepten, Überweisungen und für alle weiteren Unterlagen die für die Behandlung notwendig sind.

Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann. Ohne Vorlage ist eine Abholung bzw. Herausgabe der Unterlagen nicht möglich.

(Bitte unbedingt den Namen und das Geburtsdatum der Person angeben)

Vor/Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor/Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Telefonische Befundauskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie mich jederzeit telefonisch oder per Email kontaktieren darf. Ich habe dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel eine Telefonnummer/Email-Adresse mitgeteilt auf der andere Personen (Dritte) keinen Zugriff haben. Sollte durch meine Unachtsamkeit ein Dritter Zugriff auf mein Handy/Telefon bekommen und Auskunft über meine Befunde erhalten, ist das mein eigenes Verschulden und nicht das des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst.

### Terminerinnerung

Ja ich möchte in Zukunft, vom Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie, **per SMS** an meinen nächsten Termin erinnert werden (Labor- und Telefontermine, Termine für Schulungen ausgeschlossen)

Ich wünsche **keine Erinnerung per SMS**

### Richtigkeit Ihrer Angaben auf unserer Erklärung

**Wichtige Patienteninformation:** Wir erneuern die Erklärung einmal jährlich. Sollten sich zwischenzeitlich Ihre Angaben ändern, bitten wir Sie uns diese umgehend mitzuteilen, da Sie als Patient für die Richtigkeit Ihrer Angaben verantwortlich sind.

Ich habe die Erklärung gewissenhaft durchgelesen und ausgefüllt. Mir ist bewusst, falls sich meine Angaben zwischenzeitlich ändern sollten, ich dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie die Änderungen umgehend mitteilen muss. Versäume ich diese Information mitzuteilen, ist das ein Verschulden meinerseits und nicht des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit allen Punkten auf der Einwilligung einverstanden bin und die Angaben freiwillig durch mich erfolgt sind

Regensburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten )

Unterschrift \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**Bitte wenden**