



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Nachname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____

E-Mail: _____

Kostenträger: _____ Nebenkostenträger: _____



Ich bin darauf hingewiesen worden und erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten durch die Druckkammerzentren Rhein Main Taunus GmbH zu folgenden Zwecken erhoben, gespeichert und verwendet werden:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Abrechnungsstellen
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen

Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruch, Beschwerde

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Ich habe darüber hinaus das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Hausarzt:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Facharzt:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail:)



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Datenübermittlung nach §17 c Abs. 5 KHG:

Ich bin damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten nach Maßgabe des § 301 SGB V maschinenlesbar an Krankenversicherungsunternehmen übermittelt (AVB). Zu diesem Zwecke bin ich damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH bei meiner Krankenversicherung meine persönlichen Versicherungsdaten sowie meinen bestehenden Versicherungsschutz, soweit dies zum Zwecke der Behandlung und deren Abrechnung notwendig ist, abfragen darf.

Ja Nein

Ich willigen ein, dass die erhobenen Behandlungsdaten meiner Person zweckgebunden im Rahmen von besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen pseudoanonymisiert und verschlüsselt an projektbezogene Auswertungsbeauftragte weitergeleitet werden dürfen.

Ja Nein

Datenübermittlung zwischen Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V):

Ich bin damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-main-Taunus GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH die bei meinem **Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Diese Anforderung ermöglicht es den Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt zu erhalten. Die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Die vorstehende Erklärung habe ich vollständig gelesen und in Ihrer Bedeutung erfasst. Ich gebe Sie in freier Entscheidung ab.

Wiesbaden, den

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten:
des oder der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des Vertreters



Corona Pandemie Selbstauskunft

Nachname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Haben Sie sich in den letzten 3 Wochen im Ausland aufgehalten?

Ja, ich war am _____ in: _____ Nein

2. Haben Sie sich in den letzten 3 Wochen in einem Risikogebiet für Corona Virus in Deutschland aufgehalten?

Ja, ich war am _____ in: _____ Nein

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Corona Fall?

Ja Nein

4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der ein Corona Verdacht besteht?

Ja Nein

5. Nehmen Sie aktuell Cortison und/oder Immunsuppressiva ein?

Ja, folgende: _____ Nein

6. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Fieber (über 38°C)?

Ja Nein

7. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Schüttelfrost?

Ja Nein

8. Haben Sie sich in den letzten 4 Tagen schlapp oder abgeschlagen gefühlt?

Ja Nein

9. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Gliederschmerzen?

Ja Nein

10. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen anhaltenden Husten?

Ja Nein

11. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Schnupfen?

Ja Nein

12. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Halsschmerzen?

Ja Nein

13. Sind Sie in den letzten 4 Tagen schneller außer Atem als sonst?

Ja Nein

Datum

Unterschrift



Bitte unterstützen Sie uns darin, Ihre Druckkammer-Therapie individuell anzupassen und Risiken zu minimieren, indem Sie folgende Fragen beantworten. Bitte ausfüllen, ankreuzen [x], unterstreichen oder ergänzen!

Persönliche Angaben

Nachname: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____

Versicherung / Kostenträger: Privat Gesetzlich BG SZ Verein

Hauptkostenträger:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Versicherungsnummer: _____

Nebenkostenträger:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Versicherungsnummer: _____

Ärzte

Arztbrief an: Hausarzt Facharzt

Hausarzt:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

Facharzt:

(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)



Name:

Geburtsdatum:

Wer empfahl die Durchführung der Sauerstofftherapie?

- Hausarzt
 Facharzt
 Klinikarzt
 eigene Entscheidung
 Flyer
 Bekannte
 Internet
 Literatur
 andere:

Auf Grund welcher Erkrankung soll die Sauerstoffüberdrucktherapie durchgeführt werden?

Aktuelle Beschwerden:

Alter: Jahre

Größe: cm

Gewicht: Kg

Besteht eine Schwangerschaft?

 ja

 nein

Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:

Wurden Sie schon einmal an Ohren, Nebenhöhlen, Brustkorb (Herz, Lunge) oder Gehirn operiert?

 ja

 nein

Gab es Probleme dabei? Wenn ja welche?

Sind Sie zurzeit erkältet?

Husten, Schnupfen, Fieber

 ja

 nein

Rauchen Sie?

Zigaretten, Zigarre, Pfeife

 ja

 nein

Stk. / Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Bier, Wein, Schnaps

 ja

 nein

x / Woche

Nehmen Sie Drogen oder Schlafmittel?

 ja

 nein

Tragen Sie Zahnersatz?

Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken

 ja

 nein

Haben Sie schadhafte Zähne?

 ja

 nein

Tragen Sie Implantate / körperfremde Gegenstände?

Herzschrittmacher, Defibrillator, Prothesen, Hörgeräte, Magenband

 ja

 nein



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hatten Sie eine Strahlen-/ Chemotherapie?

Wann, welche?

 ja

 nein

Allergien, Überempfindlichkeiten?

Heuschnupfen, überempfindlich gegen Medikamente, Jod, Kontrastmittel, Penicillin, Pflaster, Salben, Latex, Nickel, Kobalt, Hausstaub, Tierhaare

 ja

 nein

Unfälle und Hinweise auf weitere Störungen und Begleiterscheinungen?

 ja

 nein

Sind Sie oder waren Sie an einem der folgenden Organe erkrankt?

Herz

Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskulenzündung, Atemnot bei Belastung, Pulsunregelmäßigkeiten, Myokarditis

 ja

 nein

Kreislauf

Hoher oder niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche

 ja

 nein

Gefäße

Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen

 ja

 nein

Lunge und Atemwege

Asthma, chronische Bronchitis, Tbc, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Verletzungen, Lungenriss

 ja

 nein

Leber

Hepatitis, Gelbsucht, Fettleber, Leberverhärtung

 ja

 nein

Nieren

Nierenentzündung, -steine, -zysten

 ja

 nein

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit, Gicht, Schilddrüsenerkrankung

 ja

 nein

Augen

Grüner Star, grauer Star, Netzhaut, Sehhilfe, Kontaktlinsen, Glasaug

 ja

 nein

Nerven, Gehirn

Lähmungen, Epilepsie, Schlaganfall, Depression, Schizophrenie, Angstzustände, Tumore, Infektionen (Meningitis)

 ja

 nein

Blut, Blutgerinnung

große blaue Flecken auch ohne Verletzungen, häufiges Nasenbluten, Blutungsneigung, Thromboseneigung

 ja

 nein

aktuelle Infektionskrankheit

MRSA, Hepatitis B, C, HIV, Malaria oder bösartiger Erkrankung

 ja

 nein



Name:

Geburtsdatum:

Post-Covid-19-Erkrankung

Waren Sie an Covid-19 erkrankt?

ja

nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	während der Erkrankung		anhaltend		
	ja	nein	ja	nein	
Atemnot? (wenn ja, bei welcher Tätigkeit?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beklemmungen im Brustkorb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzmuskelentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzbeutelentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschwäche? (ventrikuläre Dysfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Venenthrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arterielle Embolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk-/ Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fatigue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kognitive Beeinträchtigung? (Wahrnehmung, Erkennen, Kreativität, Aufmerksamkeit, Problemlösung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geruch-/ Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerzen, Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere neurologische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchfall, Übelkeit, Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Name:

Geburtsdatum:

Ergänzung für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre

Gab es Probleme bei der Geburt?

ja

nein

Ist die körperliche Leistungsfähigkeit ihres Kindes eingeschränkt?

ja

nein

Lungen und Atemwegserkrankungen in den letzten 6 Monaten?

ja

nein

Impfungen in den letzten vier Wochen?

ja

nein

Durchgemachte Kinderkrankheiten?

ja

nein

Zusammenfassung

Bitte beschreiben Sie kurz in eigenen Worten

- Beginn der Beschwerden
- Verlauf
- wann und wo wurden Sie behandelt?
- durchgeführte Diagnostik
- gab es Probleme und Untersuchungen des Herzens?
- gab es Probleme und Untersuchungen der Lunge?



Bezüglich Ihrer Hyperbarer Sauerstofftherapie, würden wir Sie bitten, uns vorab alle Befunde in Form von Arztbriefen, Untersuchungsergebnissen, radiologische Befunde, etc. zukommen zu lassen. Sowie:

- Erkrankungsbeginn (wann, wie lange und welche Symptome)
- Krankenhausaufenthalt
- ambulante Diagnostik, Therapien
- Symptomverlauf
- aktuell laufende Therapien

Datum

Unterschrift