Zentrum für Seltene Erkrankungen Köln

Fragebogen bei bekannter Diagnose oder klarer Verdachtsdiagnose

Allgemeine Daten

Patientendaten

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsland:

Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐

Straße:

PLZ: Stadt:

Telefon:

E-Mail (verpflichtende Angabe):

Krankenversicherung ☐ gesetzlich: ☐ Privat:

Falls Sie für eine andere Person anfragen, füllen Sie bitte auch nachfolgende Informationen aus.
Bitte beachten Sie, dass wir nur Anfragen annehmen, die Ihre eigenen minderjährigen Kinder oder von Ihnen gesetzlich betreute Personen betreffen!

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Patienten/ zur Patientin?

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsland:

Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐

Straße:

PLZ: Stadt:

Telefon:

E-Mail (verpflichtende Angabe):

P2102028, Stand: 03/2021

Daten des behandelnden Hausarztes/der behandelnden Hausärztin

Name:

Straße:

PLZ: Stadt:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

Um Ihren Hausarzt direkt kontaktieren zu können, benötigen wir eine ausgefüllte Einverständniserklärung. Diese finden Sie separat am Ende dieses Bogens.

Welche Diagnose wurde bei Ihnen gestellt?

Kontaktierungsgrund

- ☐ Diagnosestellung
- ☐ Expertenmeinung
- ☐ Information
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Anbindung
- ☐ anderer Grund:

Für den Fall, dass bei Ihnen noch keine Diagnose oder klare Verdachtsdiagnose gestellt werden konnte, füllen Sie bitte den auf der Homepage bereitgestellten Fragebogen für Patienten mit unklarer Diagnose aus.

Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt bzw. sonstigen Vor- und Weiterbehandlern

(Nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2 a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Hiermit ermächtige ich, (Vorname + Name), geboren am,
wohnhaft in

das Universitätsklinikum Köln,

☐ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinem Hausarzt** zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung zu übermitteln. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und der Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

☐ die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anzufordern. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben **aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes** zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen einweisenden/überweisenden Arzt und gegebenenfalls an weitere sonstige **Vor- und Weiterbehandler** weiterzuleiten oder Behandlungsdaten und Befunden dort anzufordern, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sofern sie keine oder teilweise keine Einwilligung erteilen entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Fall des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt bzw. sonstigen Vor- und Weiterbehandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt recht mäßig.

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Bestätigung der allgemeinen Vertragsbedingungen, der EU-Datenschutz-grundverordnung sowie des Versicherungsstatus

Ich beantrage für mich selbst die Aufnahme im Universitätsklinikum Köln zur ambulanten Behandlung zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Uniklinikums Köln in der jeweilige gültigen Fassung niedergelegten Bedingungen, die ich mit meiner Unterschrift anerkenne. Die AVB und die Patienteninformation zur EU-Datenschutz-Grundverordnung konnte ich zur Kenntnis nehmen. Eine Ausfertigung dieser Unterlagen wird mir auf Wunsch ausgehändigt.
Ich bestätige, dass die von mir angegebenen persönlichen Daten und Versicherten Daten korrekt sind und eine Mitgliedschaft mit entsprechendem Leistungsanspruch bei dem von mir angegebenen Kostenträger uneingeschränkt besteht. Sollte dies nicht der Fall sein, verpflichte ich mich unwiderruflich, die durch die Behandlung entstehenden Kosten als Selbstzahler nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu übernehmen.

☐ Ja, ich bin einverstanden.

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Einverständnis Videosprechstunde

Ärztliche Anamnese- und Beratungsgespräche des Zentrums für Seltene Erkrankungen finden in der Regel per Videosprechstunde über das Portal arztkonsultation.de statt. Zu Beginn des Gesprächs müssen einmalig Identität und Versicherungsstatus durch Vorzeigen der Versichertenkarte nachgewiesen werden. Ein Mitschnitt des Gesprächs ist nicht gestattet.

Ich erkläre mich einverstanden, dass für die Planung und Durchführung der Videosprechstunde meine oben genannte E-Mail-Adresse verwendet werden darf.

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Abschluss

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit den weiteren benötigten Unterlagen (siehe „Patient werden“ auf unserer Homepage) an:

Zentrum für Seltene Erkrankungen
Uniklinik Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln
zsek@uk-koeln.de

Bitte beachten Sie, dass wir aufgrund der Vielzahl der derzeit bearbeiteten Fälle nicht sofort auf Ihre Anfrage antworten können und es zu einer längeren Wartezeit kommen kann. Bitte sehen Sie daher von nachfragenden Anrufen ab.