

Aufklärung:

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Mitarbeiterin / folgender Mitarbeiter Ihrer behandelnden Einrichtung zur Verfügung:

Vorname:

Nachname:

Datum, Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters:

Ihre Einwilligungserklärung als betroffene Patientin oder betroffener Patient:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):/...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden **Patienteninformationen** gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt und anderen medizinischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.

Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.

Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und die medizinischen Mitarbeiterinnen im hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient:

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient:

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Angaben zum Kontakt

Vorname _____

Nachname _____

Telefonnummer _____

E-Mailadresse _____

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme.
Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ | Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

Allgemeine Fragen

Größe (in cm) _____ Aktuelles Gewicht _____ kg

Geschlecht: weiblich männlich divers

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

- | | | |
|---|---|---|
| Diabetes Typ 1 | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |
| Diabetes Typ 2 | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen) | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | <input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung / -Maske |
| Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |
| Harnsäureerhöhung / Gicht | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |
| Leiden Sie unter Sodbrennen | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |
| Leiden Sie unter Depressionen? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | |

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/>					
	0	1	2	3	4	5

RSI - Wert
(Total) 0