



WIR SIND AUF IHRE MITHILFE ANGEWIESEN



Bitte unterstützen Sie uns in der Vorbereitung Ihres Besuches bei uns.

Bringen Sie bitte jedes Mal zu Ihrem Besuch persönlich folgendes mit:

- ✓ **Mundschutz schon vor der Praxis anlegen**
- ✓ Ihren aktuellen Medikationsplan mit exakter Dosis und Einnahmehäufigkeit aller Medikamente.
- ✓ Ihren Überweisungsschein.
- ✓ Krankenhausbefunde und Briefe. Diese bekommen Sie persönlich bei Ihrem Hausarzt oder direkt im Krankenhaus. Die Befunde sind für uns wichtig, egal wie alt und woher. Bitte nicht faxen lassen.
- ✓ Aktuelle Blutwerte (LDL-Cholesterin, Creatinin und Kalium).
- ✓ Klären Sie mit ihrem Hausarzt vorab, ob Sie im DMP KHK (z.B. Curaplan-KHK bei der AOK) eingeschrieben sind.
- ✓ Dokumentieren Sie vorab einige Male Ihren Blutdruck.
- ✓ Eine Bitte an unsere männlichen Patienten: Rasieren Sie sich bitte schon zu Hause die Brusthaare, damit unsere EKG Aufzeichnung bei Ihnen besser gelingt und Sie nicht bei uns “unters Messer“ müssen.

KardioPraxis Tuttlingen
Neuhauser Str. 85
78532 Tuttlingen

Tel.: 07461-73589
www.kardiopraxis-tuttlingen.de

*Termine nur nach Vereinbarung
Sprechzeiten:*

Montag bis Donnerstag:
8 Uhr bis 12:30 Uhr
Freitag:
8 Uhr bis 12 Uhr
Dienstag und Donnerstag
14:30 Uhr bis 16 Uhr
und nach Vereinbarung

Notfall: 112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst:
Wochenende und werktags von
18-8 Uhr: 116117



Wichtige Informationen für Sie zur Terminvereinbarung und Organisation



- ✓ Vereinbaren Sie Routinetermine **online** oder telefonisch 5 Monate im Voraus.
- ✓ Bestellen Sie Rezepte, Überweisungsscheine **online** oder über unser Rezepttelefon. Sie erreichen uns unter **www.kardiopraxis-tuttlingen.de**
- ✓ **Dringliche Termine werden unkompliziert über Ihre Hausarztpraxis mit uns direkt vereinbart.**
- ✓ Wenn Sie mal keinen dringlichen Termin bekommen, hilft Ihnen die **Terminservicestelle weiter. Tel: 116 117**. Sie vermittelt dringliche Arzttermine für Hausärzte und Fachärzte.
- ✓ Wenn Sie schnell keinen Arzt (Haus- oder Facharzt) erreichen, hilft Ihnen DocDirect 0711-96589700 weiter. Lassen Sie sich ohne Terminvereinbarung von einem kompetenten Arzt beraten.

Hinweis: Aufgrund des hohen Patientenaufkommens und mit Rücksicht auf andere Patienten, ist es erforderlich, dass Sie bei Verhinderung Termine einen Werktag vorher absagen. Patienten, die zweimal einen Termin unentschuldigt nicht wahrgenommen haben, wenden sich zukünftig bitte an eine andere Praxis!

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und für Ihre Mithilfe.

Ihr Team der KardioPraxis Tuttlingen

- bitte wenden -

Und nun folgen noch ein paar Formulare zum Datenschutz und zur Befundauskunft. Diese können Sie bitte **zu Hause** schon ausfüllen, unterschreiben, gleich zum Termin mitbringen und an der Anmeldung abgeben.

Ist für uns echt hilfreich, wenn Sie alles schon ausgefüllt mitbringen.

Nicht vergessen - super - Dankeschön!

Dr. med. Wolfgang Ensle
Dr. med. Christian Pomiersky
Sabine Jumpertz
Dr. med. Maximilian Hartmann



Neuhauser Str. 85
78532 Tuttlingen
Telefon: 07461-73589
Fax: 07461-72959

zertifiziert bis 11/2020



Patientendaten:

(bitte gut leserlich ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung zur Übermittlung von Behandlungsberichten

Mir ist bekannt, dass die KardioPraxis Tuttlingen regelmäßig einen Arztbrief erstellt, wenn ich dort behandelt werde.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Arztbriefe an den **überweisenden Hausarzt** üblicherweise per Fax übersendet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Arztbriefe **auf Anfrage** auch an andere **Ärzte und Krankenhäuser** übersendet werden können, die mich behandeln und die Informationen für meine weitere Behandlung benötigen. Eine gesonderte Schweigepflichtsentscheidung der KardioPraxis gegenüber diesen Institutionen ist nicht erforderlich.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit der KardioPraxis kooperierende **Labor** (Laborärzte Singen, Prof. Blessing und Kollegen) übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung widerrufen kann.

Das Informationsblatt „Patienteninformationen zum Datenschutz“ gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25.05.2018 habe ich zu Kenntnis genommen.

Tuttlingen, den _____

Datum

Unterschrift

Vorsorgliche Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit **entbinde ich andere Ärzte und Krankenhäuser**, die mich behandelt haben von der **Schweigepflicht** gegenüber der KardioPraxis Tuttlingen und bin mit dem Versand von Befunden und Behandlungsberichten per Fax an die Praxis einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung widerrufen kann.

Tuttlingen, den _____

Datum

Unterschrift

Dr. med. Wolfgang Ensle
Dr. med. Christian Pomiersky
Sabine Jumpertz
Dr. med. Maximilian Hartmann



Fachärzte für **Innere Medizin**
Schwerpunkt **Kardiologie**

Telefon: 07461-73589
Fax: 07461-72959

Patientendaten: (bitte gut und leserlich ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung zum E-Mail-Versand

Hiermit erkläre ich mich mit der Übermittlung von E-Mails im Rahmen der Terminbestätigung bzw. der Erinnerung an bevorstehende Termine die in Zusammenhang mit meiner ärztlichen Behandlung stehen, gegenüber der KardioPraxis Tuttlingen, Neuhauser Str. 85, 78532 Tuttlingen, einverstanden. Dabei ist mir bekannt, dass der E-Mail-Versand unverschlüsselt (unsicher) erfolgt.
Ich bin daher darüber informiert, dass ein Abfangen, Mitlesen oder Verändern der E-Mails durch Dritte nicht ausgeschlossen werden kann.

Einwilligungserklärung zur telefonischen Terminerinnerung

Hiermit erkläre ich mich mit einer telefonischen Kontaktaufnahme durch die KardioPraxis Tuttlingen, Neuhauser Str. 85, 78532 Tuttlingen, einverstanden. Die Kontaktaufnahme erfolgt zum Zwecke meiner Terminbestätigung bzw. der Erinnerung an bevorstehende Termine.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen der telefonischen Kontaktaufnahme auch Personen, die Zugangsmöglichkeiten zum von mir angehenden Telefonanschluss haben, von der bestehenden Patientenbeziehung zwischen mir und der Praxis Kenntnis erlangen können. Weitergehende Informationen werden von der Praxis nicht erteilt, es sei denn, es liegt durch mich hierzu eine gesonderte Berechtigung vor.

E-Mail-Adresse eintragen

Mobilnummer eintragen

Widerruf

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. gesetzlicher Vertreter

Dr. med. Wolfgang Ensle
Dr. med. Christian Pomiersky
Sabine Jumpertz
Dr. med. Maximilian Hartmann



Fachärzte für Innere Medizin
Schwerpunkt Kardiologie

Telefon: 07461-73589
Fax: 07461-72959

Patientendaten: (bitte gut und leserlich ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Informationen zur Videosprechstunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Sie zukünftig noch besser und flexibler medizinisch betreuen können, bietet unsere Praxis ab sofort für Ihre Patienten eine Videosprechstunde an. Die Videosprechstunde kann durch Patienten freiwillig und kostenfrei in Anspruch genommen werden. Die Datensicherheit jedes Patienten steht dabei an erster Stelle. Aus diesem Grund wird die Videosprechstunde nur in geschlossenen Räumen durchgeführt, um eine angemessene Privatsphäre sicherzustellen. Zu Beginn der Videosprechstunde hat zudem auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet. Unsere Praxis hat sich dabei für eine Zusammenarbeit mit dem Videodienstanbieter „Patientus“ als Marke der Jameda GmbH, St.-Cajetan-Str. 41, 81669 München, entschieden. Weitere Informationen zum Anbieter der Videosprechstunde finden Sie im Internet unter <https://www.patientus.de>.

Unser Praxisteam steht Ihnen bei Fragen zur von uns angebotenen Videosprechstunde sehr gerne zur Verfügung.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde

Arztpraxis: KardioPraxis Tuttingen, Neuhauser Str. 85, 78532 Tuttingen
Videodienstanbieter: Jameda GmbH, St.-Cajetan-Str. 41, 81669 München

Mit der Angabe meines Namens sowie meiner Unterschrift und unter Kenntnisnahme der obigen Informationen zur Videosprechstunde willige ich ausdrücklich in die Datenverarbeitung durch den oben genannten Videodienstanbieter im Rahmen der mit mir geführten Videosprechstunde ein. Diese Einwilligung bezieht sich auch auf meine Gesundheitsdaten, die im Rahmen der Videosprechstunde verarbeitet werden.

Der Videodienstanbieter hat keinen Zugriff, auf die im Rahmen der Videosprechstunde zwischen Arztpraxis und Patient kommunizierten Inhalte. Der Videodienstanbieter verschlüsselt alle personenbezogenen Daten. Zudem werden die Anforderungen der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung gemäß Anlage 31b Bundesmantelvertrag-Ärzte vollständig erfüllt.

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter