Information für Patienten

www.cbtmed.de

Sie und Ihre Gesundheit stehen bei uns im Mittelpunkt

Hier finden Sie alle wichtigen Informationen für Ihren ersten Besuch im CBT

1. Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit, dies gilt für Kassen- und Privatversicherte gleichermaßen:
   - **Ihre Gesundheitskarte mit Lichtbild**
   - **eine Überweisung Ihres Haus- oder Facharztes zur Mitbehandlung pro Quartal**
   - **aktuelle Befunde in Kopie, falls Sie welche haben**
   - **ausgefüllte CBT-Fragebögen**

     Wenn Sie die Fragebögen nicht ausdrucken können, kommen Sie 30 Minuten vor Ihrem Termin, hier erhalten Sie die Bögen vor Ort.

     Digital ausgefüllte Fragebögen schicken Sie bitte per E-Mail an **fragebogen@cbtmed.de**.

     Selbstverständlich behandeln wir Ihre persönlichen Daten unter Beachtung aktueller Datenschutzrichtlinien. Ihre Mailadresse geben wir in keinem Fall an Dritte weiter.
2. Bitte kommen Sie **nicht** nüchtern zur Blutentnahme und trinken Sie vorher ausreichend Flüssigkeit.
3. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die Blutentnahme grundsätzlich nicht gut vertragen, dann können wir vorbeugende Maßnahmen vornehmen.
4. Die Behandlung von privat Versicherten ist nur bei einem Wohnsitz in Deutschland und Kopie eines gültigen Ausweisdokument möglich.

   Ohne festen Wohnsitz in Deutschland ist eine Behandlung nur bei einem Deposit von 1000€ in Bar möglich. Die Rechnung erhalten Sie mit dem Befundbrief per Post, oder elektronisch.

Bitte beachten Sie vor der Blutentnahme folgende Angaben bei dauerhafter Einnahme von antithrombotischen Substanzen

Letzte Einnahme Ihres Medikamentes gemäß Verordnung	ASS / Clopidogrel	Rivaroxaban	Edoxaban	Dabigatran	Apixaban
	Macumar	Xarelto®*	Lixiana®	Pradaxa®	Eliquis®
	keine Pause	24 Std. vor Termin		12 Std. vor Termin	

*Hinweis: Diese Pause gilt nur, wenn Sie **1x 20 mg Xarelto®** täglich einnehmen.
Wenn Sie **2x 15 mg Xarelto®** einnehmen (z.B. nach Thrombose in den letzten drei Wochen) ist es ratsam den Termin zu verschieben bis die Dosis auf 1x 20 mg täglich reduziert ist.
Bitte fragen Sie Ihren Arzt!

Falls Sie Heparin spritzen müssen (z.B.: Clexane®, Fragmin®, Arixtra®), können Sie sich dies bei morgendlicher Injektion wie gewohnt verabreichen, idealerweise ca. 3-4 Stunden vor geplanter Blutentnahme zur Durchführung einer Wirksamkeitsprüfung.

Bitte bringen Sie Ihr DOAK (z.B.: Xarelto® und Eliquis®) zum Termin in unserer Praxis mit, damit Sie es **nach** der Blutentnahme wie gewohnt einnehmen können.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns Mo. - Fr. 8.00 - 16.30 Uhr unter der Telefonnummer **0228 201 800.**

Ihr CBT-Team

004 + 303-Version 3.0 (02/2024)-F034

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

CBT

www.cbtmed.de

Anmeldung und Anamnese

Patientendaten

Gibt es Vorbefunde?

Falls ja, bringen Sie diese in Kopie mit (z.B. Gefäßmediziner, Krankenhaus, etc.).

Wie haben Sie von uns erfahren?

- ☐ Hausarzt
- ☐ Internet
- ☐ Werbung
- ☐ Freunde / Bekannte

Datum:

Patient

Name, Vorname | Geb.datum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Tel. privat | Tel. berufl.

Mobil -Wichtig für Rückfragen oder Vorabinformationen-

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Grund der Überweisung (wird vom Arzt ausgefüllt)

Überweisender Arzt

Name

Straße

Ort

Fax

Rechnung an (bei privat Versicherten)

Name, Vorname

Adresse (nur wenn abweichend von oben)

Hausarzt

Name

Straße

Ort

Fax

Größe ..... Gewicht ..... BMI .....

Blutgruppe .....

RR: ..... Puls: .....

Blutentnahme: Datum/Uhrzeit .....Uhr Durchgeführt durch (Kürzel): .....

004-Version 5.1 (02/2024)-F033_m

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Anamnese (wird vom Arzt ausgefüllt)

Medikamente	Dosis	Letzte Gabe
Direkte orale Antikoagulantien ☐ Xarelto® (Rivaroxaban) ☐ Eliquis® (Apixaban) ☐ Lixiana® (Edoxaban) ☐ Pradaxa® (Dabigatran)		
Heparin ☐ Clexane ☐ Fragmin ☐ Sonstige:		
Vitamin K-Antagonisten ☐ Marcumar® ☐ Coumadin® ☐ Sonstige:		
Thrombozytenaggregationshemmer ☐ Aspirin, ASS ☐ Clopidogrel (Plavix®, Iscover®) ☐ Prasugrel (Efient®) ☐ Ticagrelor (Brilique®)		

004-Version 5.1 (02/2024)-F033_m

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

PatID

I. Aktuelle und frühere Erkrankungen

Hinweis: Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen so sorgfältig wie möglich. Wenn Sie bei einzelnen Fragen unsicher sind, wenden Sie sich bitte an die Medizinische Fachangestellte oder an Ihren Arzt.

1. Haben Sie zurzeit eine fieberhafte Erkältung od. Bronchitis?	☐ ja ☐ nein
2. Haben Sie zurzeit eine Infektion? Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
3. Allergien Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
4. Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐ ja ☐ nein
5. Leber-Erkrankung (z.B. Hepatitis) Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
6. Nieren-Erkrankung Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
7. Herz-Erkrankung Wenn ja, welche? ☐ Herzinfarkt Wann: ..... ☐ Rhythmusstörungen Wann: ..... ☐ Sonstige Herz-Erkrankung: ..... Wann: ..... Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	☐ ja ☐ nein
8. Autoimmun-Erkrankung (z.B. Rheuma, Lupus ...) Wenn ja, welche? ..... Werden oder wurden Sie deswegen behandelt? Wenn ja: Wie werden Sie behandelt?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
9. Hypertonie (Bluthochdruck) Wenn ja, wie hoch (ca.)? ...../.....	☐ ja ☐ nein
10. Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) Wenn ja, wie hoch (ca.)? ...../.....	☐ ja ☐ nein
11. Häufige Gelenkschmerzen	☐ ja ☐ nein
12. TIA (Transitorische ischämische Attacke = leichter Schlaganfall, nicht länger als 24 Std.) Wenn ja, wann? ..... Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	☐ ja ☐ nein
13. Schlaganfall Wenn ja, wann? ..... Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	☐ ja ☐ nein
14. Gefäßerkrankung (z.B. Arteriosklerose) Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Fortsetzung: Fragen zu aktuelle und frühere Erkrankungen

15. Krampfadern ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Werden oder wurden Sie deswegen behandelt? ☐ ja ☐ nein

16. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, haben oder hatten Sie? (Fragen n. Operationen → S. 8)

.....

.....

.....

17. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? ..... Seit wie vielen Jahren? .....
Falls nein, haben Sie geraucht? ☐ ja ☐ nein
Seit wann rauchen Sie nicht mehr? ..... Jahren

18. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich?
Wöchentlich etwa ..... Monatlich etwa ..... ☐ kein Alkohol

II. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Acetylsalicylsäure eingenommen? (z.B. ASS, Aspirin) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, a) wie viel? ..... b) wann (Uhrzeit)? .....

2. Haben Sie in den letzten Tagen Clopidogrel eingenommen? (Plavix®, Iscover®) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, a) wie viel? ..... b) wann (Uhrzeit)? .....

3. Nehmen Sie Marcumar oder Warfarin ein? (oder ähnliche Antikoagulatien) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, a) seit wann? ..... b) Ist der INR-Wert stabil? ☐ ja ☐ nein

4. Nehmen Sie direkte oder Antikoagulantien (DOAKS) ein? (Xarelto®, Eliquis, Lixiana®, Pradaxa®) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, a) welches? ..... b) wann zuletzt (Datum/Uhrzeit).....

5. Spritzen Sie sich Heparin? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, a) welches? ..... b) wann zuletzt (Uhrzeit)? .....

6. Haben Sie in den letzten 10 Tagen Schmerz- od. Rheumamedikamente eingenommen? (z.B. Ibuprofen) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, a) welches? ..... b) wie oft pro Monat? .....

7. Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und die Dosierung:

Medikament	Dosierung

004-Version 5.1 (02/2024)-F033_m

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

III. Thrombosen und Embolien

Hinweis: Wenn sie schon einmal eine oder mehrere Thrombosen/Lungenembolien hatten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen für jede Thrombose. Wenn nicht → weiter auf Seite 7

Definition: bei einer Thrombose bzw. einer Embolie handelt es sich um einen Gefäßverschluss (Blutgerinnsel) in den Arterien oder Venen. Klassischerweise wird eine tiefe Beinvenenthrombose kurz als „Thrombose" bezeichnet. Ein Gefäßverschluss am Herzen wird als „Herzinfarkt" bzw. im Kopf als „Schlaganfall" bezeichnet.

1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose	4. Thrombose
1. Wann (Monat/Jahr) hatten Sie die erste Thrombose bzw. weitere Thrombosen?			
..... /	..... /	..... /	..... / .....
2. Welche Thrombose war dies und welcher Körperteil war dabei betroffen? Bitte ankreuzen			
☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht	☐ oberflächliche Thrombose (Phlebitis) ☐ Muskelvenenthrombose ☐ tiefe Venenthrombose ☐ Bauchgefäß-Verschluss ☐ Lungenembolie ☐ weiß nicht
☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere	☐ Unterschenkel ☐ Oberschenkel ☐ Beckenvene ☐ Armvene ☐ Schlüsselbeinvene ☐ Sinusvene ☐ andere .....
☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite	☐ linke Seite ☐ rechte Seite
3. Mit welcher Untersuchung wurde die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?			
☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel	☐ Ultraschall ☐ Kontrastmittel
☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie CT	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie CT	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie CT	☐ Szintigraphie ☐ Computertomographie CT
4. Haben Sie in der **Zeit vor der Thrombose** eine Reise gemacht, bei der Sie länger als 4 Std. sitzen mussten? Wenn ja, mit welchem Transportmittel?			
☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug	☐ Auto ☐ Flugzeug
5. Mussten Sie in der **Zeit vor der Thrombose** längere Zeit liegen? Wenn ja, weshalb und wie lange?			
☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: ..... ☐ anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: ..... ☐ anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: ..... ☐ anderer Grund:	☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Operation ☐ Gips (am Bein oder Fuß) ☐ Verletzung: ..... ☐ anderer Grund: .....
Dauer:	Dauer:	Dauer:	Dauer: .....

004-Version 5.1 (02/2024)-F033_m

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Fortsetzung: Fragen zu Thrombosen

1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose	4. Thrombose
6. Hatten Sie in den Wochen **vor** der Thrombose eine Infektion oder Fieber?			
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
7. Hatten Sie **vor** der Thrombose eine ungewohnte körperliche Belastung oder Überanstrengung? Wenn ja, welche?			
....	....	....	....
8. Hatten Sie in der Zeit der Thrombose oder Embolie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welchen Tumor? .			
.....	.....	.....	.....
1. Thrombose	2. Thrombose	3. Thrombose	4. Thrombose

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

IV. Blutungsneigung

1. Bluten Sie häufiger? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, an welcher Stelle? Wie oft?
   ....
   ....

2. Bluten bei Ihnen Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach? ☐ ja ☐ nein

3. Haben Sie Wundheilungsstörungen? ☐ ja ☐ nein

4. Haben Sie verstärktes **Zahnfleischbluten**? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?
   ☐ beim Zähneputzen
   ☐ bei zahnärztlichen Behandlungen, z.B. Zähneziehen
   ☐ ohne erkennbaren Grund

5. Bekommen Sie leicht **blaue Flecken**, auch ohne dass Sie sich anstoßen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welcher Stelle?	Wie oft ungefähr?	Seit wann? (Monat/Jahr)
☐ an den Armen	.....	..... / .....
☐ an den Beinen	.....	..... / .....
☐ am Rumpf	.....	..... / .....

6. Haben Sie häufig **Nasenbluten**? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja,
   a) Wie oft haben Sie Nasenbluten?
   ☐ einige Male im Jahr ☐ mehrmals im Monat ☐ mehrmals in der Woche Seit wann? .... / .....
   b) Auf welcher Seite?
   ☐ rechtes Nasenloch ☐ linkes Nasenloch ☐ beide Seiten
   c) Haben Sie Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund? ☐ ja ☐ nein
   d) Waren Sie schon bei einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt wegen des Nasenblutens? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt? .....
   Hat der Arzt eine Verödung gemacht ? ☐ ja ☐ nein
   Hat der Arzt eine Tamponade gelegt ? ☐ ja ☐ nein

7. Haben Sie schon einmal Blut im **Urin oder Stuhl** bemerkt? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, was war die Ursache? .....

8. Hatten Sie schon einmal **Magenbluten**? ☐ ja ☐ nein

9. Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Störung der Blutgerinnung** festgestellt? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt? .....

10. Wurde Ihre Blutungsneigung schlimmer, nachdem Sie ein **Medikament** eingenommen haben? ☐ ja ☐ nein
    (z.B. ein Schmerzmittel)
    Wenn ja, welches Medikament? .....

004-Version 5.1 (02/2024)-F033_m

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Fortsetzung: Fragen zu Blutneigung

11. Hatten Sie schon Operationen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte für jede Operation die folgenden Fragen:

a) Gab es sofort nach der Operation besonders starke Nachblutungen?
b) Gab es einige Tage später besonders starke Nachblutungen?
c) Bekamen Sie dabei eine Transfusion?
d) In welchem Monat / Jahr war die Operation?

Operation (auch Weisheitszähne)	a) sofort starkes Nachbluten	b) später starkes Nachbluten	c) Transfusion	d) Wann?
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....
	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	..... / .....

12. Ist demnächst eine Operation geplant? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Operation? .....

Wann? (Bitte nennen Sie das genaue Datum.) .....

004-Version 5.1 (02/2024)-F033_m

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

V. Familienanamnese

zur Abklärung einer **angeborenen** Gerinnungsstörung

1. Wie viele (eigene) Kinder haben Sie? _____ Kinder

   Geburtsjahr der Kinder: 1. Kind:_____ w/m/d 2. Kind:_____ w/m/d 3. Kind:_____ w/m/d
   4. Kind:_____ w/m/d 5. Kind:_____ w/m/d 6. Kind:_____ w/m/d

2. Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) haben Sie? _____ Geschwister

   Geburtsjahr der Geschwister: 1. Geschw.: _____ 2. Geschw.: _____ 3. Geschw.:_____
   4. Geschw.: _____ 5. Geschw.: _____ 6. Geschw.:_____

3. Hatte jemand in Ihrer engeren Familie schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung (siehe Definition Seite 5)? ☐ ja ☐ nein
   (engere Familie = Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Großvater, Großmutter)

   Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle:

   a) Welches Familienmitglied?
   (wenn Großeltern, geben Sie bitte auch an, ob väterlicherseits (V) oder mütterlicherseits (M))

   b) Wie alt war das Familienmitglied, als es die Thrombose/Blutungsneigung bekam?

   c) Hat das Familienmitglied ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar?

Familienmitglied	hatte im Alter v.	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.
	..... Jahren			
	..... Jahren			
	..... Jahren			
	..... Jahren			
	..... Jahren			

4. Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle, welcher Verwandte (z.B. Onkel, Cousin ....)
   und kreuzen Sie an, ob es eine Thrombose oder Blutungsneigung war.

Verwandte	Thrombose	Blutungsneigung

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

004-Version 5.0 (03/2024)-FF033mm

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

(Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich.)

Geschlecht des Patienten:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt

Ethnische Herkunft .....

CBT

www.cbtmed.de

Stempel

G Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

- Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Untersuchungen und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit den genetischen Untersuchungen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem behandelnden Arzt schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein mündlicher Widerruf wird unverzüglich dokumentiert und auch dem untersuchenden Labor übermittelt.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden.
- Ich möchte über Neben- und Zufallsbefunde im Rahmen dieser Untersuchung informiert werden, wenn sie für meine Gesundheit oder die meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.
- Ich stimme zu, dass die Ergebnisse länger als die gesetzliche Frist von 10 Jahren gespeichert werden. Ein Anspruch auf die Speicherung besteht nicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.
- Laut Gendiagnostikgesetz muss nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach 10 Jahren oder auf Ihren Wunsch hin sofort vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) länger als die gesetzliche Frist aufbewahrt wird und für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Das verbleibende genetische Material übereigne ich dem untersuchenden Labor in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.

Ich habe den Text gelesen und verstanden. Ich bin mit allen Punkten einverstanden.

Mein Hausarzt/Facharzt soll einen Bericht bekommen. Ich bekomme auch einen Bericht.

(Unzutreffendes bitte streichen)

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

..... X .....

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

.....

Unterschrift Arzt/Ärztin

004+303-Version 5.4 (02/2024)-F013

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Kenntnisnahme der Patienteninformation

www.cbtmed.de

Befund

Wenn **alle** Labor-Ergebnisse vorliegen, schreibt Ihr Arzt / Ihre Ärztin auf Grundlage der Ergebnisse, den Informationen aus dem Fragebogen und dem Arztgespräch einen Befundbrief mit Diagnosen, Begutachtungen und Therapie-Empfehlungen.

Dieser Brief wird im Anschluss postalisch zu Ihnen nach Hause oder elektronisch an Sie, sowie nach Möglichkeit über die Telematik Infrastruktur elektronisch zu Ihrem Hausarzt bzw. überweisenden Arzt versandt.

☐ Ich habe eine E-Mail-Adresse (siehe Seite 2) und willige ein, dass die Praxis mir meine Dokumente per E-Mail zuschicken darf. Beim Versand wird ggf. nur eine Transportverschlüsselung und keine Inhaltsverschlüsselung verwendet.

Einwilligung in die Datenweitergabe

Es ist uns nur mit Ihrer Einwilligung erlaubt, Dritte über Ihre Behandlung zu informieren. Andernfalls ist uns eine adäquate Information der Mit- und Nachbehandler dann nicht möglich. In Frage kommen Ärzte / Krankenhäuser und Angehörige, Partner, Kinder, etc.

1. Name überweisender Arzt: _____

2. Name Hausarzt: _____

3. Name Physiotherapeut: _____

4. Name Hebamme: _____

5. Name Psychologe: _____

6. Angehörige / Dritte Person:

Name	Vorname	Geb.-Datum

☐ **Nein** Falls Sie keine Weitergabe an Dritte wünschen.

Einwilligung zur Befundanforderung bei / durch Haus- und Fachärzten*innen sowie Krankenhäusern

Ich bin einverstanden ☐ ja ☐ nein

Einwilligung zur Datenweitergabe zu Terminvereinbarung bei Ärzten oder Krankenhäusern

Ich bin einverstanden ☐ ja ☐ nein

004+303-Version 2.0 (02/2024)-F055 1/2

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Kenntnisnahme der Patienteninformation

www.cbtmed.de

Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutzerklärung, mit Verweis auf das Auskunfts- und Beschwerdeformular von personenbezogenen Daten, welche im Wartebereich ausliegt und auf der Homepage www.cbtmed.de hinterlegt ist, zur Kenntnis genommen. Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO jederzeit für die zukünftige Verarbeitung schriftlich widerrufen kann.

Patient*in:

Name

Vorname

Geb.datum

E-Mail

Straße/Hausnummer

Ort

Bei minderjährigen und betreuungspflichtigen Patienten gesetzliche*r Vertreter*in:

Name

Vorname

Geb.datum

E-Mail

Straße/Hausnummer

Ort

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels eines Kalendersystems per SMS oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.

☐ **Ja** Ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

☐ Mobilfunknummer:

☐ E-Mail (s.o.)

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO jederzeit für die zukünftige Verarbeitung schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

☐ **Nein** Ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

X

Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

004+303-Version 2.0 (02/2024)-F055 2/2

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn

Zusätzlich für PRIVATVERSICHERTE

www.cbtmed.de

Weitergabe persönlicher Daten

Einverständniserklärung

Patienten-Etikett bitte einkleben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluss an die Untersuchungen und Behandlungen in der CBT-Gruppe (CBT Bonn MVZ GmbH mit Zweigstelle Wuppertal, CBT Dortmund GmbH, CBT AHV MVZ GmbH Alfter mit Zweigstelle Düsseldorf, Standort Köln) nachfolgend CBT genannte, erhalten Sie eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arztabrechnung - betriebswirtschaftliche Beratung - Verrechnungssysteme GmbH, (45470 Mühlheim a. d. Ruhr, Obere Saarlandstraße 3 und 76255 Ettlingen, Weberstraße 55), an die das CBT die Honorarforderung abgetreten hat.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Durch die Abtretung des Arzthonorars wäre das CBT in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei eventuellen Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müssten. **Die Rechnung wird aber nach den Anweisungen des CBT erstellt und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.**

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich.

Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, das ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

Hinweis zu den Kosten und zur Kostenübernahme

Sollte Ihre private Krankenkasse die Kosten für die Behandlung nicht übernehmen, sind Sie verpflichtet, selbst die Kosten für die vom CBT erbrachten Leistungen zu begleichen.

Die Kosten für eine Blutgerinnungsuntersuchung betragen bei Abklärung einer Blutungs- oder Thromboseneigung bis zu ca. 1.200 bis 2.000 Euro. Die Höhe der Kosten ist nicht durch mehrfache Sätze der Privatliquidation begründet, sondern durch die spezifischen Untersuchungsverfahren. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ gemäß den üblichen Steigerungssätzen.

Dabei können die Kosten je nach individueller Fragestellung auch darüber liegen, insbesondere wenn genetische Untersuchungen erforderlich werden. Es besteht die Möglichkeit zur Erstellung eines Kostenvoranschlags. Auch sind wir Ihnen behilflich bei der Korrespondenz mit Ihrer Krankenkasse bzw. Ihrem Kostenträger falls diese Rückfragen haben oder den Kostenübernahmeantrag ablehnen.

In Abhängigkeit der klinischen Fragestellung können entsprechende Untersuchungen in einem Fremdlabor notwendig werden. In diesem Fall erhalten Sie von dem Fremdlabor eine gesonderte Rechnung und erklären sich einverstanden, die Kosten des Fremdlabors zu übernehmen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit unserem Abrechnungsverfahren und der Abtretung der Honorarforderungen an die ABV für jede zukünftige ärztliche Behandlung durch das CBT - bis auf Widerruf - einverstanden.

Ich bin mit diesem Abrechnungsverfahren einverstanden.

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO für die zukünftige Verarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

004+303-Version 4.7 (02/2024)-F011

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn