



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 (Bitte füllen Sie alle hellgrünen Felder aus)	
Name, Vorname	Geb.datum
Straße, Nr.	
PLZ, Wohnort	
Tel.	
Mobil (gesetzlicher Vertreter) –Wichtig für Rückfragen oder Vorabinformationen–	
E-Mail	
Krankenkasse	

Grund der Überweisung (wird vom Arzt ausgefüllt)											

Rechnung an (bei privat Versicherten)
Name, Vorname
Adresse (nur wenn abweichend von oben)
Größe Gewicht BMI
Blutgruppe

Überweisender Arzt
Name
Straße
Ort
Fax

Hausarzt
Name
Straße
Ort
Fax

RR: Puls:

Blutentnahme: Datum/UhrzeitUhr Durchgeführt durch (Kürzel):



PatID

I. Welche Krankheiten hat oder hatte Ihr Kind?

1. Hat Ihr Kind zurzeit eine fieberhafte Erkältung oder Bronchitis? ja nein

2. Hat Ihr Kind zurzeit eine Infektion? ja nein
Wenn ja, welche?

3. Hat Ihr Kind eine Allergie? ja nein
Wenn ja, gegen was ist Ihr Kind allergisch?
.....
.....

4. Hat Ihr Kind Diabetes? ja nein

5. Hat Ihr Kind eine Leber-Erkrankung, z. B. Hepatitis? ja nein
Wenn ja, welche:

6. Hat Ihr Kind eine Nieren-Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche:

7. Hat Ihr Kind eine Herz-Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche:

8. Hat Ihr Kind eine Autoimmun-Erkrankung (z.B. Rheuma, Lupus ...)? ja nein
Wenn ja, welche?

9. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, hat oder hatte Ihr Kind? (Fragen n. Operationen → S. 5)
.....
.....
.....

II. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

1. Hat Ihr Kind in den letzten 10 Tagen ein Schmerzmittel eingenommen? ja nein
Wenn ja, welches:

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, tragen Sie bitte den Namen des Medikaments und die Dosierung hier ein:

Medikament	Dosierung
.....
.....
.....
.....



III. Fragen zur Thromboseneigung

1. Hatte Ihr Kind schon einmal eine Thrombose? ja nein
 Wenn **nein** → weiter mit **IV.**
 Wenn **ja** → weiter mit der nächsten Frage

2. Wann hatte Ihr Kind die Thrombose? / (Monat / Jahr)

3. Was für eine Thrombose war das und welcher Körperteil war betroffen?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eine oberflächliche Thrombose (Phlebitis) | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> linke Seite |
| <input type="checkbox"/> eine Muskelenenthrombose | <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="checkbox"/> rechte Seite |
| <input type="checkbox"/> eine tiefe Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Beckenvene | |
| <input type="checkbox"/> eine Pfortader-Thrombose | <input type="checkbox"/> Armvene | |
| <input type="checkbox"/> eine Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Schlüsselbeinvene | |
| <input type="checkbox"/> weiß nicht | <input type="checkbox"/> Sinusvene | |
| | <input type="checkbox"/> andere: | |

4. Wie wurde die Thrombose bzw. Lungenembolie festgestellt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> durch Ultraschalluntersuchung | <input type="checkbox"/> durch Szintigraphie |
| <input type="checkbox"/> durch Kontrastmitteluntersuchung | <input type="checkbox"/> durch Computertomographie (CT) |

5. Musste Ihr Kind **vor** der Thrombose längere Zeit liegen? ja nein

Wenn ja, weshalb?

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt | Wie lange: |
| <input type="checkbox"/> Operation | Wie lange: |
| <input type="checkbox"/> Gips (am Bein oder Fuß) | Wie lange: |
| <input type="checkbox"/> Verletzung: | Wie lange: |
| <input type="checkbox"/> anderer Grund: | Wie lange: |

6. Hatte Ihr Kind in den Wochen **vor** der Thrombose eine Infektion oder Fieber? ja nein

7. Hatte Ihr Kind zum Zeitpunkt der Thrombose eine Tumorerkrankung? ja nein

Wenn ja, welchen Tumor:

IV. Fragen zur Blutungsneigung

1. Blutet Ihr Kind häufiger? ja nein

Wenn ja, an welcher Stelle?

Wie oft?

.....

2. Bluten Schnitt- oder Schürfwunden bei Ihrem Kind besonders lang nach? ja nein

3. Hat Ihr Kind eine **Wundheilungsstörung**? ja nein

4. Hat Ihr Kind leicht **Zahnfleischbluten**? ja nein

Wenn ja, beim Zähneputzen ohne erkennbaren Grund



5. Bekommt Ihr Kind leicht **blaue Flecken**, auch ohne sich zu stoßen? ja nein

Wenn ja, an welcher Stelle? an den Armen an den Beinen am Rumpf

Wie oft? /
Seit wann? (Monat/Jahr) /

6. Hat Ihr Kind häufig **Nasenbluten**? ja nein

Wenn ja,

a) Wie oft?

einige Male im Jahr mehrmals im Monat mehrmals in der Woche Seit wann? / Monat/Jahr

b) Auf welcher Seite?

rechtes Nasenloch linkes Nasenloch beide Seiten

c) Hat Ihr Kind Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund? ja nein

d) Waren Sie mit Ihrem Kind schon bei einem 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 im Stuhl** Ihres Kindes bemerkt? ja nein

Wenn ja, was war die Ursache?

8. Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine **Störung der Blutgerinnung** festgestellt? ja nein

Wenn ja, welche Störung:

9. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? 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) Bekam Ihr Kind dabei eine Transfusion?
- d) In welchem Monat / Jahr war die Operation?

Operation (auch Weisheitszähne)	a) sofort starkes Nachbluten	a) später starkes Nachbluten	c) Transfusion	Wann?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein /
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein /
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein /
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein /
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein /

10. Ist demnächst eine Operation bei Ihrem Kind geplant? ja nein

Wenn ja, welche Operation?

Wann? (Bitte nennen Sie das genaue Datum.)



V. Familienanamnese

zur Abklärung einer angeborenen Gerinnungsstörung

1. Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) hat Ihr Kind? Geschwister
 Geburtsjahr der Geschwister: 1. Geschw.: 2. Geschw.: 3. Geschw.:
 4. Geschw.: 5. Geschw.: 6. Geschw.:

2. Hat jemand in der engeren Familie Ihres Kindes eine Thrombose oder Blutungsneigung? ja nein
 (engere Familie = 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 er/sie ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar?

Familienmitglied	hatte im Alter v.	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.
.....	..... Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	..... Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	..... Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	..... Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	..... Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 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 er/sie eine Thrombose oder Blutungsneigung hatte.

Verwandte/r	Thrombose	Blutungsneigung
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

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

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.

.....
 Ort, Datum



.....
 Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

.....
 Unterschrift Arzt/Ärztin

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 und mit Einwilligung zu Ihrem Hausarzt / überweisenden Arzt geschickt.

Der Befund dauert ca. 4 Wochen, bei speziellen genetischen Untersuchungen ggf. auch länger. Falls Sie oder Ihr Hausarzt / Facharzt die Ergebnisse oder Teilergebnisse früher benötigen, können Sie **diese jederzeit bei uns anfordern**.

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. Überweisender Arzt:

Name

2. Hausarzt:

Name

3. Angehörige:

Name

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum

Name

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum

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

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.

Name

Vorname

Geb.datum

Straße/Hausnummer

Ort

Ort, Datum



Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und / oder E-Mail

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

Ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

Mobilfunknummer: _____

E-Mail: _____

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

Ort, Datum



Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Nein Ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.



Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Weitergabe persönlicher Daten Einverständniserklärung

Patienten-Etikett bitte einkleben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluss an die Untersuchungen und ggf. Behandlungen im CBT erhalten Sie eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arzt-abrechnung - 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 in der Regel ca. 1.200 bis 1.400 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 variieren, insbesondere wenn genetische Untersuchungen erforderlich werden. Es besteht die Möglichkeit zur Erstellung eines Kostenvoranschlags.

In Abhängigkeit der klinischen Fragestellung kann eine entsprechende Untersuchung in einem Fremdlabor notwendig werden. In diesem Fall erhalten Sie eine gesonderte Rechnung aus dem Fremdlabor.

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

Zudem erklären Sie sich einverstanden, die Kosten des Fremdlabors zu übernehmen.

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