

Kontakt

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

eMail

Telefonnummer

Mobilfunk

Beruf

Versicherung

Gesetzliche Krankenversicherung

Privatversicherung

Beihilfe

Aufmerksamkeit

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ärztliche Kollegen:

Verwandte / Bekannte:

Unsere Homepage

Facebook / Instagram

Lipödem-Portal:

Allgemeine Anamnese

Körpergröße cm

Körpergewicht kg

Rauchen Sie?

J N

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

J N

Pille seit dem Lebensjahr

Pille nur im Alter zwischen und

Hormonpräparate

Spirale

Vaginalring

Blutdruckmittel

Herzmittel

Diabetesmittel

Schilddrüsenmittel

Psychopharmaka

Blutverdünnende Arzneimittel

Wenn ja, welche?

Marcumar

Xarelto

Aspirin ASS 100

Heparin-Spritzen

Nahrungsergänzungsmittel

Vorerkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck J N

Niedriger Blutdruck J N

Herzrhythmusstörungen J N

Herzinsuffizienz J N

Schilddrüsenüberfunktion J N

Schilddrüsenunterfunktion/Hashimoto J N

Schilddrüsenunterfunktion J N

Diabetes mellitus Typ I oder II J N

Multiple Sklerose J N

Migräne J N

Gerinnungsstörung, wie z.B. Faktor V Leiden? J N

Endometriose J N

PCO-Syndrom J N

Allergien

Antibiotika: J N

Schmerzmittel: J N

Sonstige Medikamente: J N

Nahrungsmittel: J N

Frühere Operationen

Sind Sie schon einmal operiert worden? J N

Wenn ja, woran und wann?

Wurden bei Ihnen bereits Fettabsaugungen durchgeführt? J N

Wenn ja, an welchen Arealen und wann?

Kam es bei früheren Operationen zu Komplikationen, z.B.

Verstärkter Blutung J N

Abszessen/Eiterungen/Fisteln J N

Verzögerte Wundheilung J N

Verstärkte Narbenbildung J N

Gab es sonstige Besonderheiten? J N

Wenn ja, welche?

Sport

Welche Sportarten machen Sie regelmäßig?

Joggen

Schwimmen

Aqua-Cycling

Aqua-Jogging

Fitness

Ausdauertraining

Fahrradfahren

Yoga/Pilates

Sonstiges:

Infektionskrankheiten

Leiden Sie an einer der folgenden Infektionserkrankungen?

Hepatitis J N

Tuberkulose J N

HIV J N

Lipödem

Ich habe die Diagnose seit

Wer hat die Erkrankung diagnostiziert?

Hausarzt

Venenarzt

Frauenarzt

Anderer:

Ich habe nur die Vermutung seit

Beginn der Krankheit

Wann hat Ihre Erkrankung begonnen?

Kindheit

Pubertät

Schwangerschaft

Wechseljahre

Venen

Wurden Ihre Venen bereits untersucht? J N

Wenn ja, wann?

Besteht eine Venenerkrankung? J N

Sie Sie schon an den Venen operiert? J N

Wenn ja, wann?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose/Embolie? J N

Wenn ja, wann?

Diät

- Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht? J N
- Wenn ja, wie viele in Ihrem Leben?
- Konnten Sie damit Gewicht verlieren? J N
- Wenn ja, ca. kg
- Zeitpunkt: vor Monaten Jahren
- Hatten Sie den Eindruck, dass Sie an den Beinen kaum abgenommen haben? J N

Ernährung

- Wie ernähren Sie sich zurzeit?
- Diät mit ca. 1200 kcal pro Tag
- Normal, gesund, ohne Kalorien zu zählen
- Ich achte nicht sehr auf meine Ernährung
- Ohne oder mit nur wenig Kohlenhydraten

Familie

- Ist Ihre Familienplanung abgeschlossen? J N
- Haben Sie schon Kinder? J N
- Wenn ja, wie viele und wann haben Sie sie bekommen?

- Haben Sie gestillt? J N

Haben Sie noch weitere Beschwerden / Anmerkungen?

Kompressionsstrümpfe

- Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? J N
- Wenn ja, welche?
- Rundgestrickt
- Flachgestrickt
- Klasse 1 / 2 / 3
- Seit wann? Monaten Jahren

Lymphdrainage

- Bekommen Sie regelmäßig Lymphdrainage? J N
- Wenn ja, seit wann? Monaten Jahren

Beschwerden

- Welche Beschwerden können Sie angeben?
- Blaue Flecke J N
- Berührungsempfindlichkeit / Druckschmerzen J N
- wenn ja, wie würden Sie Ihre Schmerzen von einer Skala (1 ist sehr leicht und 10 sehr stark) einschätzen?
- Ruhschmerzen (wie Muskelkater) J N
- wenn ja, wie würden Sie Ihre Schmerzen von einer Skala (1 ist sehr leicht und 10 sehr stark) einschätzen?
- Gefühl, dass Ihre Haut sehr lange braucht, bis sie sich wieder warm anfühlt wenn Sie aus der Kälte kommen? J N
- Schwere in den Beinen J N
- Volumenzunahme im Laufe des Tages J N
- Leistungseinschränkung in den Armen (z.B. beim Föhnen der Haare) J N
- Psyche:
- Sie Sie extrem gehemmt, Röcke oder kurze Hosen zu tragen oder ins Schwimmbad zu gehen? J N

Einwilligungserklärung über das Anfertigen von Photographien und deren kritische Betrachtung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen meiner Erstvorstellung / weiteren Behandlung präoperative, intra- sowie postoperative Photos angefertigt werden. Dies geschieht ausschließlich zum Zwecke der medizinischen Datensicherung. Ich verstehe, dass die Photographien damit Ihr Eigentum sind und ermächtige Sie dazu, diese in angemessenem Maße zu medizinischen Zwecken professionell zu nutzen. Dies beinhaltet z.B. die Demonstration der Photos im Rahmen der medizinischen Ausbildung oder medizinischer Publikationen. Die Bilder werden so gewählt, dass keinerlei Rückschlüsse auf die abgelichtete Person gezogen werden können.

Ich bin mir im Klaren darüber, dass die Anfertigung einer „photographischen Akte“ neben der körperlichen Untersuchung und Anamneseerhebung einen wesentlichen Stützpfiler zum Erreichen einer höchstmöglichen Behandlungsqualität bietet.

Ort, Datum

X _____
Unterschrift

Folgekostenversicherung

Wir weisen darauf hin, dass gemäß § 52 Absatz 2 SGB V die Krankenkasse, wenn sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte, ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern hat.

Das bedeutet, dass Sie als Versicherter die Kosten einer ggf. notwendig werdenden Folgebehandlung aufgrund eines medizinisch nicht indizierten Eingriffs zumindest teilweise selber tragen müssen und kein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Damit Ihnen hieraus keine finanziellen Nachteile entstehen, können wir Ihnen eine Folgekostenversicherung empfehlen. Diese wird von verschiedenen Versicherungen in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen für kosmetische Eingriffe angeboten.

Die Versicherungslösung ist ausschließlich Patienten vorbehalten, die sich von einem Arzt operieren lassen, der der DGPRÄC angehört. Mit dieser Exklusivität wird sichergestellt, dass die Qualität und fachliche Qualifikation des behandelnden Arztes gewährleistet ist, was wiederum Einfluss auf die Versicherungsprämie hat.

Gerne informiere ich Sie noch persönlich über die verschiedenen Angebote. Die Versicherung kann ausschließlich durch den Patienten abgeschlossen werden, mir selbst entstehen hierdurch weder Vor- noch Nachteile. Ich trete nicht als Versicherungsmakler auf. Unabhängig von dieser Versicherung besteht selbstverständlich die übliche Berufshaftpflichtversicherung für alle durchgeführten Eingriffe.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie nur die Aufklärung, die Versicherung muss im Bedarfsfall separat abgeschlossen werden.

Ort, Datum

X _____
Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Wir müssen Sie zudem über Ihre Rechte als von der Datenverarbeitung betroffene Person aufklären. Dieser Verpflichtung kommen wir mit diesem Dokument nach. Wir haben uns bemüht, diese Informationen in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache zur Verfügung zu stellen.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Lipocura®, Dres. med Dominik von Lukowicz, Michael Sauter & Kollegen - Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie - Gemeinschaftspraxis (PartG mbB)

Pfisterstraße 9

D-80331 München

Telefon: +49 (0)89 99 82 69 9 60

Telefax: +49 (0)89 99 82 69 9 88

E-Mail: kontakt@lipocura.de

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Das Erheben von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.

Ohne die notwendigen Informationen können wir keine sorgfältige Behandlung durchführen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Fotos, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z.B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die DSGVO sieht verschiedene rechtliche Grundlagen vor, die wir Ihnen im Folgenden darstellen.

Allgemeine Rechtsgrundlage: Die hauptsächliche Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB und dem ärztlichen Berufsrecht.

Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Abs. 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter- Behandlung und Dokumentation der Behandlung.

Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insb. §§ 294 ff. SGB V und 291 Abs. 2b SGB V.

Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben oder auf Ihrer Einwilligung beruhen.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach

Telefon: +49 (0) 981 53 1300, Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300,

E-Mail: poststelle@lda.bayern.de, Website: <https://www.lda.bayern.de>

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Lipocura[®], Dres. med Dominik von Lukowicz, Michael Sauter & Kollegen Praxisteam

Ich bin mir darüber im Klaren, daß datenschutzrechtlich sensible Informationen bei der Übermittlung per eMail ohne Sicherheits-Zertifikat nicht End-zu-End verschlüsselt sind und somit potenziell für Dritte einsehbar sein können.

Ort, Datum

X_____
Unterschrift



LIPCCURA®

Ihre Spezialisten für Lipödem

Patientendokumentation

Name

Geburtsdatum

UMFANG in cm

OS

US

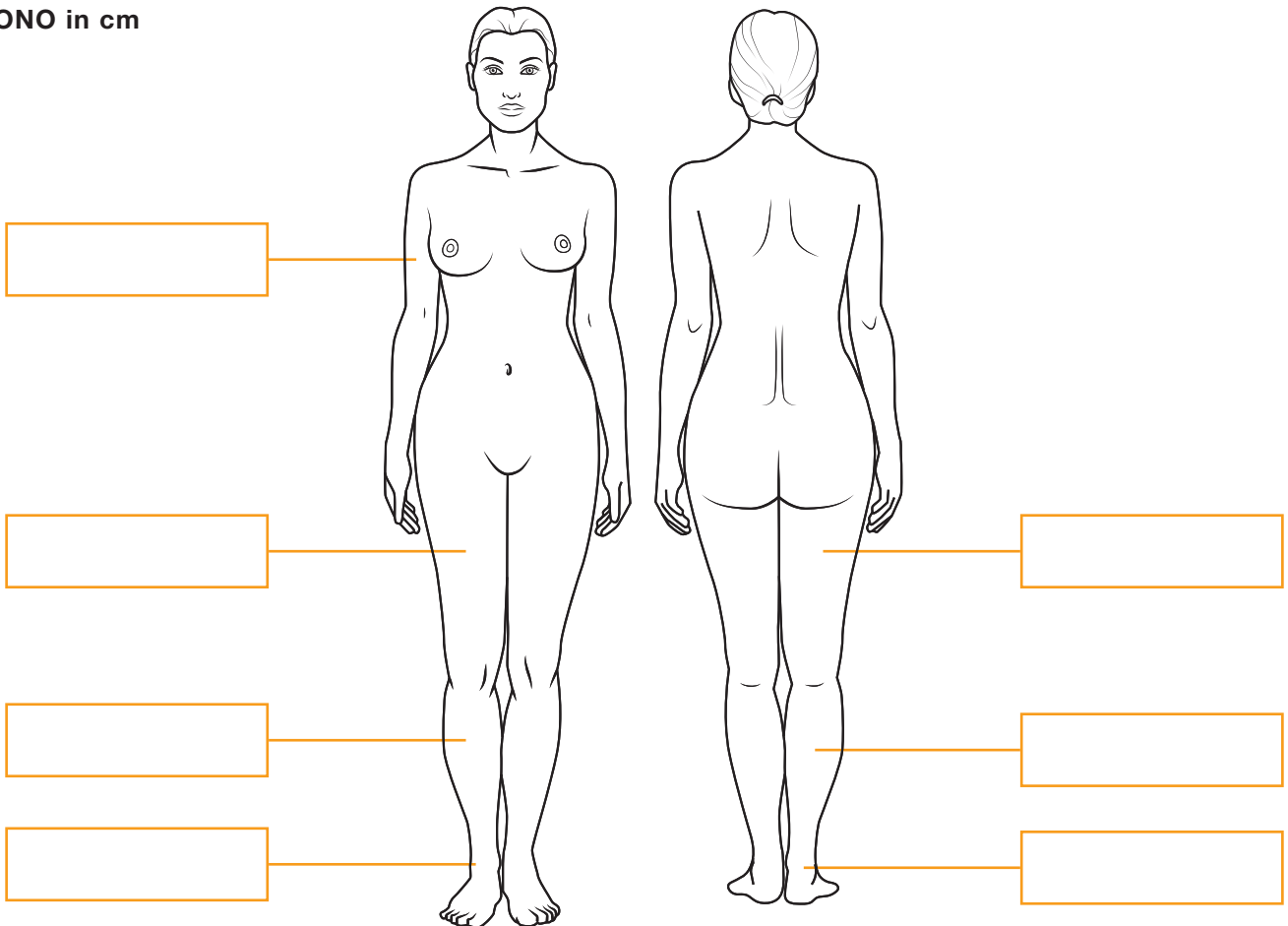
Hüfte

Taille

OA

UA

SONO in cm



EINORDNUNG

STADIUM I II III IV

TYP 1 2 3 4

GEWEBEBESCHAFFENHEIT

weich normal hart

KRAGENPHÄNOMEN



1 2 3

HAUTELASTIZITÄT

normal schlecht

GENU VALGUM ja nein

SENK-SPREIZFUSS ja nein