

**Stammdatenblatt &  
Einwilligungserklärung für die ärztliche Behandlung  
Einwilligung laut Datenschutzgrundverordnung**

Ich bin damit einverstanden, dass Dr. Werner Kusebauch, Hauptplatz 9 ,  
7210 Mattersburg meine personenbezogenen Daten im Rahmen meiner ärztlichen  
Behandlung / Diagnostik verarbeiten darf.

Ich gestatte Dr.Werner Kusebauch , Einsicht in frühere Behandlungsfälle der vorher  
bereits bestehenden unfallchirurgischen Praxis in Mattersburg zu nehmen.

Im Interesse meiner weiteren Behandlung erlaube ich nötigenfalls , das Einholen und  
Verarbeiten aller auswärts zu diesem Behandlungsfall erhobenen Befunde und  
Diagnosen, sowie bildgebenden Befunde, sowie die Weitergabe meiner Daten an  
von Dr. Werner Kusebauch zur weiteren Behandlung zugezogenen Ärzten  
(z.B. FA für Pathologie, Neurologie, Neurochirurgie, Radiologie,  
Krankenhausambulanzen,...)

Ich gestatte die Weitergabe meiner persönlichen Daten an die/ den behandelnden  
Facharzt/ Ärztin für Anaesthesie, falls zu einer etwaigen operativen Behandlung eine  
Aufklärung dazu von dieser / diesem erforderlich würde.

Falls eine externe Behandlung – z.B.in einer (Privat)Krankenanstalt, in einer anderen  
Arztpraxis – erforderlich ist , gestatte ich die Weitergabe meiner persönlichen Daten.

Zur Leistungsverrechnung gestatte ich die Übermittlung meiner Daten an meinen  
Krankenversicherungsträger.

**Ausdrücklich wird auf die ärztliche Verschwiegenheitspflicht in allen anderen  
Fällen hingewiesen.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft  
widerrufen kann.

Auf mein Verlangen wird mir ein ausgedrucktes Exemplar dieser Vereinbarung  
ausgehändigt.

Ich nehme zur Kenntnis , dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte)  
Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert  
werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines  
Gesundheitszustandes führen kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen  
werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum  
Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Patient\*innen-Stammdatenblatt / Aufklärung  
(Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes ANKREUZEN!)

Name: ..... Adresse: .....  
 Telefonnummer: ..... E-Mail: .....  
 Vers.Nr./Geb.Dat.: ..... / .....  
 Zusatzversicherung: Nein  Ja  – welche? .....

**Grunderkrankungen:**

- Bluthochdruck     Diabetes     Epilepsie
- Allergie/Medikamentenunverträglichkeit – welche? .....
- Nieren-/Lebererkrankungen – welche ? .....
- Magen-/Darmerkrankungen – welche? .....
- Infektions-/ansteckende Krankheiten – welche? .....
- Implantate (Schrittmacher, Gelenksprothesen etc.) – welche? .....
- Nehmen Sie **Medikamente zur Blutverdünnung**? NeinJawelche?.....
- Nehmen Sie (sonstige) Medikamente? Nein  Ja  welche?.....

Sind Sie schwanger? Ja  Nein

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Möglicher Weise wird Ihnen heute oder bei einem der Folgebesuche vom Arzt empfohlen, dass bei Ihren Beschwerden eine oder mehrere Infiltrationen (Spritzen), Infusionen (Flaschen/Beutel) oder eine manuelle Therapie notwendig sind.

Dabei handelt es sich normaler Weise um nebenwirkungs- und risikoarme Routinetherapien, die dazu dienen, einerseits Schmerzen, andererseits aber auch Reizzustände als Ursache Ihrer Beschwerden zu verringern.

Trotz der sehr guten Verträglichkeit kann es aber selten bis sehr selten zu Nebenwirkungen und Komplikationen kommen. Dazu zählen Rötungen, Schmerzen an der Einstichstelle bzw. Gelenk, Blutergüsse, kurzfristiger Anstieg des Blutdrucks und/oder Blutzuckers, Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit und übliche Medikamentennebenwirkungen.

Ebenso kann es zu folgenden äußerst seltenen Komplikationen kommen: Infektion (Gelenksinfektionen, Abszesse, die operativ behandelt werden müssen); Einsickern der Infusionslösung in das die Vene umgebende Gewebe (muss in Ausnahmefällen operativ behandelt werden); Nervenverletzungen (mit Gefühlsstörungen, Teillähmungen, Schmerzen); Verletzungen innerer Organe und Strukturen; allergische Reaktionen (Kreislaufkollaps, Schock); Organversagen; Blutungen.

Für eine gewünschte weitere Aufklärung steht Ihnen der Arzt im Ordinationszimmer zur Verfügung.

**Bitte melden Sie uns während oder nach der Behandlung auftretende Beschwerden umgehend und geben Sie uns bitte Änderungen Ihrer Grunderkrankungen oder die Einnahme neuer Medikamente bekannt. Ich nehme beide Seiten der Erklärung zur Kenntnis.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient\*in