



KSK-Nummer: I 6508.02
EAN-Nummer: 7601002153294

Datum: 30.08.2024/jek

Rezept

Frau Boeschlin Lily, 17.07.1976
Hardeggstrasse 22, 3008 Bern

Anz.	Medikament	Mo	Mi	Ab	Na	Andere
1	MOVIPREP eine Anwendung Plv A+B Dppl Btl 2 Stk					

Diverses:

Andrea Kristina Raaflaub
Assistenzärztin Gastroenterologie, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin

Intesto BE - Gastroenterologische Praxis & Crohn-Colitis Zentrum
(elektronische Unterschrift)

Intesto BE
Gastroenterologische Praxis
Crohn-Colitis Zentrum
Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern
Tel. 031 302 32 34 Fax: 031 302 32 35
bern@intesto.ch



Abführen mit Moviprep®

Bitte beachten Sie genau die nachfolgende Anleitung

Um die Darmspiegelung möglichst einfach und aussagekräftig durchführen zu können, muss der Darm vor der Untersuchung vollständig von Stuhl gereinigt werden.

Die abführende Wirkung von Moviprep verursacht einen vorübergehenden Durchfall (ca. 30 min bis 6 h nach Einnahme). Nach der zweiten Einnahme sollten Sie wässrige, klare Flüssigkeit ausscheiden. Sollte dies nicht der Fall sein, melden Sie sich unbedingt in der Praxis.

■ Fünf Tage vor der Untersuchung

Erlaubte Nahrungsmittel: Fleisch, Geflügel, Fisch, Reis, Teigwaren, Kartoffeln, Obst ohne Schale und Kernen, Weissbrot, Eier, Honig, Gelee, Käse, Naturjoghurt.

Nicht erlaubte Nahrungsmittel: Gemüse mit Schalen oder Kernen, Früchte (Trauben, Kiwi, Feigen, Himbeeren, Tomaten, etc.), Rohkost, Salat, Birchermüesli, Vollkornprodukte, Leinsamen, Quinoa, oder Ähnliches. Alle diese Nahrungsmittel enthalten Kerne oder schwer verdauliche Faserstoffe, die im Darm zurückbleiben können.

Nehmen Sie keine Faserprodukte (Metamucil, Mucilar, etc.) und Eisentabletten mehr ein.

■ Am Tag vor der Untersuchung

Trinken Sie den ganzen Tag viel klare Flüssigkeit: Wasser, Tee, klarer Apfelsaft, Bouillon und Softdrinks (keine roten). Trinken Sie keine Milcherzeugnisse. Lutschen Sie zwischendurch Traubenzucker, wenn Sie Hunger haben.

Frühstück	Heller Tee, klare Bouillon, klare Fruchtsäfte ohne Fruchtfleisch, Kaffee mit wenig Milch
Mittagessen	Heller Tee, klare Bouillon, Fruchtsäfte ohne Fruchtfleisch, Kaffee ohne Milch
17.00 Uhr	Bereiten Sie 1 Liter Moviprep (Beutel A und B) zu und trinken Sie diesen innerhalb den nächsten zwei Stunden. <u>Tipp: Vorgängig kaltstellen!</u> Nehmen Sie anschliessend 1 l klare Flüssigkeit zu sich: Wasser, Tee Apfelsaft oder klare Bouillon
Abendessen	Wasser, Tee, klare Bouillon, Apfelsaft, Kaffee ohne Milch

■ Am Untersuchungstag

5 h vor der Untersuchung	Bereiten Sie 1 l Moviprep (Beutel A und B) zu und trinken Sie diesen in den nächsten eineinhalb Stunden. <u>Tipp: Vorgängig kaltstellen!</u> Nehmen Sie anschliessend 1 l klare Flüssigkeit zu sich: Wasser, Kräutertee Apfelsaft oder klare Bouillon
---------------------------------	--

Ab 2 Stunden vor der Untersuchung dürfen Sie nichts mehr trinken!

Bis dahin sind Traubenzucker und klare Flüssigkeiten (Wasser, Tee, klare Bouillon sowie helle isotonische Getränke) erlaubt. Falls die Untersuchung nach 14.00 Uhr stattfindet, ist zum Morgenessen (bis 08.00 Uhr) ein Kaffee ohne Milch erlaubt.

Dr. Raaflaub

Untersuchungstermin: Fr. 15.11.24 09:15 Uhr

Mitbringen zur Untersuchung:

Formular «Fragebogen & Einverständniserklärung» und «Einverständniserklärung Tiers payant», Krankenkassenkarte sowie ein zusätzliches T-Shirt.

© Gastroenterologische Praxis Intesto

8. Stoch

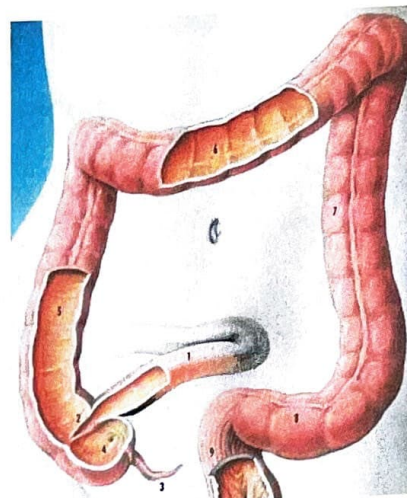
Dickdarmspiegelung (Koloskopie)

Durch die Dickdarmspiegelung lassen sich Ursachen von Beschwerden und krankhaften Veränderungen feststellen und behandeln.

Wie läuft die Dickdarmspiegelung ab?

Vor der Untersuchung wird ein venöser Zugang gelegt. Nach dem Arztgespräch und vor Beginn der Untersuchung werden Sie ein schlafanstossendes Medikament (Propofol) erhalten.

Von der Untersuchung an sich werden sie kaum etwas wahrnehmen. Auf Ihren Wunsch können Sie beim Zurückziehen des Gerätes die Untersuchung am Bildschirm mitverfolgen



Bei der Dickdarmspiegelung wird ein biegsames Instrument (das Endoskop) durch den After in den gereinigten Dickdarm eingeführt und bis zur Mündung des Dünndarmes und einige Zentimeter in den Dünndarm vorgeschoben. Zur Entfaltung des Darmes wird CO₂-Gas oder Wasser verwendet. Während der Untersuchung wird die Schleimhaut genau betrachtet. Krankhafte Veränderungen werden so erkannt. Wenn nötig werden mit speziellem Zubehör kleine Gewebeproben (Biopsien) zur weiteren Untersuchung entnommen.

Welche Risiken sind mit diesem Eingriff verbunden?

Die Untersuchung und die Entnahme von Gewebeproben sind komplikationsarm. Bei einer allfälligen Gewebeprobe (Polypenabtragung) können in seltenen Fällen Komplikationen wie Verletzung der Darmwand bis hin zu einem Durchbruch (Perforation) oder eine Blutung auftreten. Sehr selten ist wegen einer Komplikation eine Zweituntersuchung oder eine Operation erforderlich. Störungen der Atmung oder des Herzkreislaufs (Blutdruckabfall, krampfartiger Verschluss der Atemwege) im Zusammenhang mit der Sedation sind sehr selten. Durch die gezielte Befragung können Reaktionen auf Medikamente nahezu ausgeschlossen werden. Bei einem Herzklappenfehler benötigen Sie für die Spiegelung keine Antibiotika-Prophylaxe.

Welche Vorbereitungen für eine Dickdarmspiegelung sind nötig?

- **Abführschema unbedingt genau einhalten.** Sollten Sie keinen Durchfall haben melden Sie sich bitte bei uns.
- **2 h vor der Untersuchung nichts mehr trinken!**
- **Benötigte Medikamente** nehmen Sie wie gewohnt ein. Für blutverdünnte Patienten besteht ein separates Merkblatt für Antikoagulation.
- **Nach der Darmspiegelung** dürfen Sie in der Regel wieder normal essen und trinken.
- **Bis 12 h nach der Untersuchung dürfen Sie aufgrund der Schlafmedikation weder Autofahren noch rechtsgültige Unterschriften tätigen**
- Nach der Untersuchung kann vorübergehend ein Druckgefühl im Bauch bestehen. Beim ersten Stuhlgang könnte ein wenig Blut mitausgeschieden werden. Sollten Sie eine tropfende Blutung aus dem After feststellen informieren Sie uns bitte unverzüglich telefonisch oder per Email: 031 302 32 34, bern@intesto.ch, Zentrale Lindenhofspital: 031 300 88 11.
- Füllen Sie das beiliegende Formular Fragebogen/Einverständniserklärung am Vortag der Untersuchung sorgfältig aus. Sie finden das Dokument auch auf unserer Website: www.intesto.ch.
- Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie sich im Verhinderungsfall spätestens 24 Stunden im Voraus abmelden müssen, ansonsten wird Ihnen eine Aufwandsentschädigung von 100.- CHF verrechnet.

Fragebogen & Einverständniserklärung → Bitte zur Untersuchung ausgefüllt mitbringen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zuweisender Arzt: _____ Hausarzt: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____ Untersuchungsdatum: _____

Untersuchung: ☐ Gastroskopie ☐ Koloskopie ☐ ERCP ☐ Endosonographie ☐ Sigmoido-/Pouchoskopie ☐ _____

Ich nehme an dem kantonalen Screening-Programm Bern teil ☐

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente zur Blutverdünnung ein, z. B. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis? Haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Brufen oder andere Grippe-/Schmerzmittel regelmässig eingenommen?	Ja ☐	Nein ☐
Besteht in Ihrer Familie eine vermehrte Neigung zu Blutergüssen oder eine bekannte Blutgerinnungs-störung? Fällt auf, dass Sie länger bluten nach Operationen, bei Nasenbluten, Zahnfleischbluten oder bei der Menstruation?	Ja ☐	Nein ☐
Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeitsreaktion auf Medikamente, Latex oder örtliche Betäubungsmittel? Wenn ja, welche? _____	Ja ☐	Nein ☐
Hatten Sie in den letzten 24 Std. folgende Symptome: Husten, Schnupfen, Halsschmerzen oder Fieber?	Ja ☐	Nein ☐
Haben Sie ein Nierenleiden?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an Diabetes?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an einem Herzproblem oder wurde Ihnen ein Herzschrittmacher/Defibrillator implantiert?	Ja ☐	Nein ☐
Wurde bei Ihnen eine Metallprothese (Hüft- oder Knieprothesen o. ä.) implantiert? links: _____ rechts: _____	Ja ☐	Nein ☐
Haben Sie lockere oder defekte Zähne? Tragen Sie ein Lippen-, Zungenpiercing oder Zahnprothese? → Zahnprothesen müssen direkt vor der Spiegelung entfernt werden. Zungenpiercings bitte selbständig direkt vor der Magenspiegelung entfernen.	Ja ☐	Nein ☐
Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	Ja ☐	Nein ☐
Leiden Sie an Asthma? Verwenden Sie bronchienerweiternde Sprays?	Ja ☐	Nein ☐
Wann haben Sie das letzte Mal etwas getrunken? Zeit: _____ gegessen? Zeit: _____		

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie sich im Verhinderungsfall spätestens 24 Stunden im Voraus abmelden müssen, ansonsten wird Ihnen eine Aufwandsentschädigung von 100.- CHF verrechnet.

Fragen zum Aufklärungsgespräch?

Notieren Sie sich Ihre Fragen und stellen Sie diese beim Gespräch vor der Untersuchung. Informieren Sie sich bei Bedarf bei Ihrem Hausarzt und auf unserer Website www.intesto.ch. Im Verhinderungsfall spätestens 24 Std. vorher melden, ansonsten wird eine Aufwandsentschädigung verrechnet.

Nach der Untersuchung dürfen Sie aufgrund der Schlafmedikation 12 h lang nicht Autofahren (analog Motorrad, Velo), keine Verträge unterschreiben, Maschinen bedienen oder wichtige Unterschriften tätigen. Daher bitten wir Sie, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu kommen oder sich von einer Begleitperson fahren zu lassen.

Ich, die/der Unterzeichnende, habe das Merkblatt aufmerksam gelesen und verstanden. Ich bin über Diagnose, Art, Ablauf und Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffes in verständlicher Weise aufgeklärt worden. Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung und einer allfälligen Polypen-Entfernung einverstanden. Ich halte mich an die Empfehlungen für Patienten. Ich bin damit einverstanden, dass mir (falls notwendig) Schmerz- und/oder Schlafmedikamente verabreicht werden:

Ja ☐

Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
(rechtsgültige Unterschrift)

Unterschrift Arzt



LINDENHOFGRUPPE

Patientenfragebogen

zur Ermittlung des Risikos für eine erbliche Form von Darmkrebs

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Heutzutage ist bekannt, dass auch genetische Faktoren das Risiko für das Auftreten von Darmkrebs beeinflussen können. Mit Hilfe dieses Fragebogens kann ermittelt werden, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass bei Ihnen ein mögliches Risiko für eine erbliche Form von Darmkrebs besteht.

Wenn Sie dies wissen möchten, beantworten Sie dafür bitte die folgenden Fragen:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| 1. Wurde bei Ihnen oder einem Ihrer Eltern, Geschwister oder Kinder Darmkrebs vor dem 50. Lebensjahr festgestellt? | Nein
☐ | Ja
☐ |
| 2. Wurden bei Ihnen oder einem ihrer Verwandten mehrere Krebserkrankungen gleichzeitig oder nacheinander in einem der folgenden Organe festgestellt?
(Krebserkrankung in Dickdarm, Dünndarm, Magen, Gebärmutter (nicht Gebärmutterhals), Eierstöcke, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege, ableitende Harnwege, Gehirn oder Talgdrüsen) | Nein
☐ | Ja
☐ |
| 3. Sind bei ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor deren 50. Lebensjahr Krebserkrankungen in einem der folgenden Organe aufgetreten?
(Dickdarm, Dünndarm, Magen, Gebärmutter (nicht Gebärmutterhals), Eierstöcke, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege, ableitende Harnwege, Gehirn oder Talgdrüsen) | Nein
☐ | Ja
☐ |
| 4. Gibt es in Ihrer Familie mindestens 2 Personen , die an Darmkrebs oder an Krebserkrankungen an einem der folgenden Organe erkrankt sind?
(Krebserkrankung in Dickdarm, Dünndarm, Magen, Gebärmutter (nicht Gebärmutterhals), Eierstöcke, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege, ableitende Harnwege, Gehirn oder Talgdrüsen) | Nein
☐ | Ja
☐ |
| 5. Wurden bei Ihnen oder einem Ihrer Verwandten mehr als 10 Polypen gleichzeitig im Dickdarm gefunden oder die Diagnose einer „Polyposis“ gestellt? | Nein
☐ | Ja
☐ |

► Falls Sie **mindestens eine der Fragen mit Ja** beantwortet haben, ist es möglich, dass in Ihrer Familie eine erbliche Form von Darmkrebs vorliegt.

Wir empfehlen Ihnen zur weiteren Klärung der Situation eine Vorstellung in einer humangenetischen Sprechstunde oder weiterführende Untersuchungen durch Ihre behandelnden Ärzte. Bei Verdacht auf ein Lynch-Syndrom (spezielle Form einer erblichen Darmkrebs-Erkrankung) ist die Einleitung einer Abklärung entsprechend dem in den entsprechenden Leitlinien empfohlenen Vorgehen sinnvoll.

Bitte sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem behandelnden Arzt / Ärztin. Es können alle nötigen Risikoabklärungen direkt veranlasst werden.

Name, Vorname Pat.:

Geburtsdatum:

Behandelnder Arzt:

ONKOLOGIEZENTRUM BERN

Riedweg 3 | Postfach | 3001 Bern
Tel. +41 31 366 20 00
onkologiezentrum@lindenhofgruppe.ch
lindenhofgruppe.ch



Einverständnis

■ Personalien

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon P:	_____	E-Mail:	_____
Telefon G:	_____	Geburtsdatum:	_____
Mobile:	_____		
Krankenkasse	_____		
Grundversicherung:	_____		
Krankenkasse	_____		
Zusatz:	_____		

■ Abrechnungssystem

Wir rechnen direkt mit der Krankenkasse (= Tiers payant) ab.

Was bedeutet das für Sie?

Als Patient/-in bezahlen Sie unsere Arztrechnung nicht mehr direkt an uns. Wir senden diese via MediDoc direkt an Ihren Versicherer (Krankenkasse). Der Versicherer überweist uns den geforderten Betrag und verrechnet Ihnen eine eventuelle Franchise und/oder den Selbstbehalt.

Der Zugriff auf die Kopie unserer Rechnung an Ihren Versicherer wird an Ihre E-Mail-Adresse versandt. Sofern Sie hierzu keine Angaben (korrekte E-Mail-Adresse und Handy-Nummer) hinterlegen, verzichten Sie auf die Übermittlung.

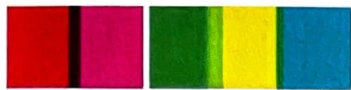
Datensicherheit: Die von Ihnen als Patient/-in bezogenen, medizinischen Leistungen werden im Rahmen der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung elektronisch abgerechnet. Die entsprechenden Daten werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (MediDoc) an die Versicherer verschickt. Die elektronisch versandten Patientendaten werden von MediDoc keiner inhaltlichen Prüfung unterzogen. Die Datenübertragung unterliegt höchsten Sicherheitsansprüchen, damit Ihre Daten nicht eingesehen werden können.

Für dieses neue Abrechnungssystem brauchen wir von Ihnen eine schriftliche Zustimmung.

Sie erklären mit Ihrer Unterschrift, die oben genannten Angaben wahrheitsgetreu gemacht, die Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und dem neuen Abrechnungssystem zuzustimmen.

Nicht alle Krankenkassen akzeptieren den Wechsel zu «Tiers payant».

Aus diesem Grund kann es sein, dass die Arztrechnung weiterhin direkt zu Ihnen kommt.



■ Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Verantwortlichkeiten

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung

Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

**Weitergabe der Daten**

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

Widerruf Ihrer Einwilligung

Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

Berichtigung Ihrer Angaben

Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.

Ort/Datum:

Unterschrift Patient/-in:
