



## ERHEBUNGSBOGEN

### Angaben zu Ihrer Person:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Geschlecht \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Anschrift der Krankenkasse** \_\_\_\_\_

Privat

Kassenärztlich

Hausarzt \_\_\_\_\_

Der Zweck des folgenden Anamnesebogens ist es festzustellen, ob Sie eine ärztliche Untersuchung vor der Behandlung in der hyperbaren Sauerstoffkammer benötigen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit JA oder NEIN (entsprechend ankreuzen).

### 1. Haben Sie eine der folgenden vollständigen Kontraindikationen oder nehmen Sie derzeit eines der aufgeführten Medikamente?

geschlossener Pneumothorax/Pneumothorax in der Anamnese

Ja  Nein

massiver Bronchospasmus

Ja  Nein

Atemwegszysten in der Lunge

Ja  Nein

Medikamente: Bleomicin, Cisplatin, Disulfiram (Antabus),

Doksorubicin Hydrochlorid (Adriamicin), Mafenid Acetat

(Sulfamylon)

Ja  Nein

### 2. Von wem wurden Sie überwiesen bzw. von wem haben Sie von uns erfahren?

\_\_\_\_\_

### 3. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie? (Was? Wo? Seit wann? Warum?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



4. Sind Sie gegen Corona geimpft?  Ja  Nein

5. Wie oft sind Sie geimpft? \_\_\_\_\_

6. Hatten Sie eine Corona-Erkrankung?  Ja  Nein

7. Waren Sie mehrmals infiziert?  Ja  Nein

8. Welche Behandlungen Ihrer Erkrankung(en) wurden bisher durchgeführt?

---

---

---

9. Haben Sie eine der folgenden eventuellen Kontraindikationen?

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Infektion der oberen Atemwege (Laryngitis, Sinusitis, Bronchitis)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Emphysem mit CO <sub>2</sub> -Retention (Hyperkapnie-erhöhter CO <sub>2</sub> -Gehalt im Blut)                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asymptomatische kleine (Flecken) oder größere (bullae) Luftzyten in der Lunge, sichtbar im Thorax-RTG oder CT | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergische Rhinitis  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorausgegangene Brustchirurgie  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vergangenheit ORL Operationen (Nase, Mund, Hals)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Optische Neuritis   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unkontrollierte Hypertonie  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unkontrolliertes Fieber   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epidural-Pumpe zur Schmerzbekämpfung (Epiduralanästhesie)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwangerschaft   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Klaustrophobie (krankhafte Angst vor dem Aufenthalt in geschlossenen Räumen)                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumorwachstum   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hereditäre Spärozytose (Kugelzellenanämie)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unkontrolliertes Asthma   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

10. Gibt es Vorerkrankungen, körperliche Beeinträchtigungen und/oder Behinderungen im Jugend- und/oder Erwachsenenalter? Welche? Wann? Heutige Folgen?

---

---

---

---



## 11. Haben Sie chronische Krankheiten? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- |  |                  |                     |
|--|------------------|---------------------|
| Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/>       | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |
| Rheuma <input type="checkbox"/>                | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |
| Krampfanfälle <input type="checkbox"/>         | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |
| häufige Infektionen <input type="checkbox"/>   | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |
| Krebs <input type="checkbox"/>                 | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |
| Herz-/Kreislauf <input type="checkbox"/>       | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |
| Psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> | Seit wann? _____ | Wo behandelt? _____ |

## 12. Allgemeine Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_
- Einschlafstörungen?       Durchschlafstörungen?       Nachtschweiß?
- Luftnot?       ab 1 Treppe       2 Treppen       3 Treppen
- Husten?       Auswurf?       Farbe? \_\_\_\_\_
- Appetit?       Unverträglichkeiten?       Appetitlosigkeit seit wann? \_\_\_\_\_
- Übelkeit?       Erbrechen?       Durst: Tägliche Trinkmenge: \_\_\_\_\_ Liter/Tag
- Raucher?       Seit wann? \_\_\_\_\_      Wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_
- Alkohol: Wie oft? \_\_\_\_\_      Wie viel? \_\_\_\_\_      Was? \_\_\_\_\_
- Allergie/n: \_\_\_\_\_
- Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein      Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_

## 13. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikamenten-Namen, Mengen & Einnahmezeiten? Seit wann?  
(Beispiel: Aspirin 100 → 1-0-0 = das heißt: morgens eine Tablette)

---

---

---

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle von mir angegebenen Daten bezüglich meines Gesundheitszustandes korrekt sind. Im Falle einer Veränderung des Gesundheitszustandes werde ich dies im Vorfeld einer Behandlung berichten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Risiken und Gefahren im Zusammenhang mit der hyperbaren Sauerstoffbehandlungen und der Verwendung von verdichteten Atemgasen in einer Überdruckkammer, einschließlich Sauerstoff und mit Sauerstoff angereicherter Luft, informiert und unterwiesen wurde.



## Sauerstoffzentrum Nordost GmbH

Ich stimme zu, dass die Daten für interne Zwecke der Sauerstoffzentrum Nordost GmbH, z. B. im Rahmen von Studien zur Wirksamkeit der HBO, verwendet werden dürfen.

Die Sauerstoffzentrum Nordost GmbH und damit verbundene Unternehmen werden die oben genannten Personendaten für die Behandlung und ggf. für Informationen über Angebote, Aktionen und andere Neuigkeiten im Zusammenhang mit der Behandlung verwenden. Wir benachrichtigen Sie über Ihre Mail- oder Postadresse.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift



## **Schriftliche Einwilligung gemäß der neuen Datenschutzverordnung**

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner persönlichen Daten sowie meiner gesundheitsbezogenen Daten durch das Sauerstoffzentrum Nordost GmbH.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Gesundheitsdaten gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sofern nicht Ihr Wunsch bzw. Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung bei uns vorliegt (z.B. bei Befundanforderungen). Im Rahmen von Studien zur Wirksamkeit der milden HBO werden meine Daten mitverwendet und können gegebenenfalls auch Prüforganisationen (z.B. Ärztekammer MV) zugänglich gemacht werden.

## **Widerspruchsrecht: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung**

Ich bin gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Sauerstoffzentrum Nordost GmbH (Vertragspartner) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO kann ich jederzeit gegenüber der Sauerstoffzentrum Nordost GmbH die Berichtigung, Löschung und Einschränkung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mir ist bekannt, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Im Falle meines Widerrufs, spätestens jedoch nach 10 Jahren werden meine Daten gelöscht, sofern dem nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Ich kann darüber hinaus jederzeit und ohne Angaben von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf postalisch oder per E-Mail an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die der Porto- bzw. die Übermittlungskosten nach den Basistarifen.

Ich gebe hiermit meine Zustimmung für eine unverschlüsselte Datenübertragung via Mail im Wissen darum, dass diese Form der Datenübermittlung keine spezielle Sicherheit bei der Datenübertragung bietet und damit – formal – ein Datenmissbrauch Dritter nicht sicher ausschließbar ist.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen und Informationen im Umgang mit Ihren Daten erhalten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die o.g. Verordnung gelesen und verstanden zu haben.

-----  
Patient (oder gesetzlicher Vertreter)