LMU KLINIKUM
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Brustzentrum

Klinikum der Universität München ·
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Brustzentrum, Marchioninistr. 15, D-81377 München

Brustzentrum
LMU Brustzentrum

Zentrale Email:
brustzentrum
@med.uni-muenchen.de

Standort Großhadern:
Tel. +49 89 4400-76806
Fax +49 89 4400-76840
brustzentrum-gh-anmeldung
@med.uni-muenchen.de

Standort Innenstadt:
Tel. +49 89 4400-54110
Fax +49 89 4400-54184
brustzentrum-inn-anmeldung
@med.uni-muenchen.de

www.lmu-brustzentrum.de

Digitale Anmeldung Brustzentrum – Anleitung

Sehr geehrte Patientin,

im Rahmen der digitalen Anmeldung am Brustzentrum des LMU Klinikums befolgen Sie bitte folgende Schritte:

Bitte drucken Sie hierfür das in dieser E-Mail enthaltene Dokument aus.

Bitte füllen Sie alle Dokumente aus und senden uns zwei getrennte E-Mails.

Erste E-Mail:

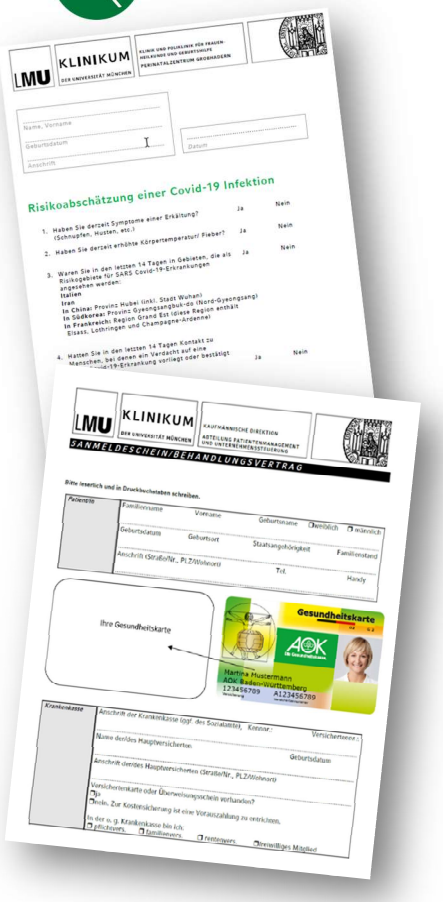
1. Datenschutzerklärung
   Bitte unterschreiben Sie an entsprechend markierter Stelle. Sie erklären sich hiermit einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten per Email verschickt werden dürfen.
2. Bitte legen Sie an entsprechend markierter Stelle Ihren Personalausweis auf das Dokument und scannen oder fotografieren Sie es.
3. Schicken Sie uns eine E-Mail mit diesem Dokument an:
   brustzentrum@med.uni-muenchen.de

LMU KLINIKUM

Datenschutzerklärung

Brustzentrum

Zweite E-Mail:



1. Risikoabschätzung einer Covid-19 Infektion
   →im Rahmen der aktuellen Situation ist es für uns notwendig, das Risiko einer eventuellen Infektion mit Covid-19 abzuschätzen. Sofern Verdacht besteht, werden von uns weitere Schritte der Diagnostik für Sie eingeleitet. Bitte beachten Sie, dass die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen für eine gute und sichere medizinische Versorgung, sowohl für Sie, als auch für andere Patientinnen und das Personal absolut notwendig ist.

2. Behandlungsvertrag
   →bitte füllen Sie alle Felder in dem Kästchen „Patient/in“ aus und
3. legen sie ihre **Gesundheitskarte** an die entsprechend markierte
4. Stelle. Das Kästchen „Krankenkasse“ wird durch uns ausgefüllt.

5. Fragebogen Brustzentrum
   →bitte füllen Sie alle Felder aus, vor allem auch Ihre Kontaktdaten

6. Kopie aller relevanten Befunde
   →bitte keine CDs einlesen oder Bilder hochladen

7. Nach Ausfüllen der Dokumente scannen oder fotografieren Sie bitte **alle Formulare.**
   - Risikoabschätzung einer Covid-19-Infektion
   - Behandlungsvertrag mit Krankenkassenkarte
   - Fragebogen Brustzentrum
   - Befund Kopien

8. **Schicken Sie eine E-Mail mit den Formularen und Unterlagen an: brustzentrum@med.uni-muenchen.de**

9. **Wir bearbeiten die Dokumente und melden uns telefonisch bei Ihnen, um das weitere Vorgehen und einen Terminvorschlag zu besprechen.** Ihren Überweisungsschein schicken Sie bitte per Post bzw. bringen diesen sowie alle CDs zum Termin mit.
   Wir kümmern uns um Ihre optimale medizinische Versorgung.

Mit den besten Wünschen

Prof. Dr. med. Nadia Harbeck und das Team des Brustzentrums.

LMU KLINIKUM
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Brustzentrum

Brustzentrum

Patientenetikett

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Datenschutzerklärung

ich bin mir als die Betroffene darüber bewusst, dass die Übermittlung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten per ungesichertem E-Mail über das Internet datenschutzrechtlich bedenklich und unter regulären Bedingungen nicht gestattet ist. Ich willige trotz dieses Wissens in die ungeschützte Kommunikation zwischen dem Klinikum der Universität München und meiner Person per E-Mail ein, da dies im Rahmen einer Risikoabschätzung mit möglichen negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie nach heutigem Stand für alle Beteiligten erforderlich ist. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen bzw. diese Einwilligung wird mit der offiziellen Beendung der Corona-Pandemie automatisch ungültig.

Zur Legitimation der hier von mir persönlich erteilten Einwilligung schicke ich Ihnen eine Kopie meines Personalausweises oder eines vergleichbaren Identifikationsdokuments meiner Person in einem getrennten E-Mail.

_____
Datum, Unterschrift Patientin

Ihr Personalausweis

LMU KLINIKUM
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Brustzentrum

Brustzentrum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

……
Datum

Risikoabschätzung einer Covid-19 Infektion

1. Haben Sie derzeit Symptome einer Erkältung? (Schnupfen, Husten, etc.) Ja Nein

2. Haben Sie derzeit erhöhte Körpertemperatur/ Fieber? Ja Nein

3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in Gebieten, die als Risikogebiete für SARS Covid-19-Erkrankungen angesehen werden. Ja Nein

   Bitte orientieren Sie sich immer tagesaktuell auf der Homepage www.rki.de

4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Menschen, bei denen ein Verdacht auf eine SARS Covid-19-Erkrankung vorliegt oder bestätigt wurde? Ja Nein

_____
Unterschrift Patient

Bitte orientieren Sie sich immer tagesaktuell auf der Homepage www.rki.de

Anmeldeschein / Behandlungsvertrag

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben schreiben.

Patient/in	Familienname Vorname Geburtsname ❒weiblich ❒ männlich ..... Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit Familienstand ..... Anschrift (Straße/Nr., PLZ/Wohnort) Tel. Handy .....

Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse (ggf. des Sozialamte), Kennnr.: Versichertennr.: ..... Name der/des Hauptversicherten Geburtsdatum ..... Anschrift der/des Hauptversicherten (Straße/Nr., PLZ/Wohnort) ..... Versichertenkarte oder Überweisungsschein vorhanden? ❒ja ❒nein. Zur Kostensicherung ist eine Vorauszahlung zu entrichten. In der o. g. Krankenkasse bin ich: ❒ pflichtvers. ❒ familienvers. ❒ rentenvers. ❒freiwilliges Mitglied

Ihre Gesundheitskarte

Anamnesefragebogen Brustzentrum Sprechstunde (FB)

(Barcode-Etikett)

Frauenarzt: _____

Hausarzt: _____

Radiologie/Zentrum: _____

Wir bitten Sie uns folgende Fragen zu beantworten:

Jetzige Beschwerden/Grund der Vorstellung: _____

Letzte Mammographie, wann und wo: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Brust-Operation durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann und wo? _____

_____

Besteht bei Ihnen eine Brustkrebserkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Besteht eine familiäre Brustkrebs- oder Eierstockbelastung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bei wem? _____

Besteht bei Ihnen eine gynäkologische Tumorerkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie schon einmal gynäkologisch operiert? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was? _____

Letzte Regelblutung? _____

Haben Sie Kinder? Ja ☐ Nein ☐

Anamnesefragebogen Brustzentrum Sprechstunde (FB)

Allgemeinanamnese

Ist bei Ihnen ein der folgenden Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck (Hypertonie)	Ja ☐	Nein ☐
Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus)	Ja ☐	Nein ☐
Herzrhythmusstörungen (Arrhythmie)	Ja ☐	Nein ☐
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	Ja ☐	Nein ☐
Schlaganfall (Apoplex)	Ja ☐	Nein ☐
Lungenentzündung (Pneumonie)	Ja ☐	Nein ☐
Leberentzündung (Hepatitis)	Ja ☐	Nein ☐
Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	Ja ☐	Nein ☐
Magengeschwür (Ulcus ventriculi)	Ja ☐	Nein ☐
Störungen der Blutgerinnung (z. B. Thrombose/Embolie)	Ja ☐	Nein ☐
Darmgeschwür (Ulcus duodeni)	Ja ☐	Nein ☐
Nierenerkrankung	Ja ☐	Nein ☐
Schilddrüsenerkrankung (Hypo- bzw. Hyperthyreose)	Ja ☐	Nein ☐
Gefäßerkrankung (Varizen, Durchblutungsstörungen der Beine)	Ja ☐	Nein ☐
Operationen (nicht gynäkologisch):	Ja ☐	Nein ☐

Wenn ja, welche_____

Sind Allergien bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

_____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja ☐ Nein ☐

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐ ……Zigaretten /Tag

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Anamnesefragebogen Brustzentrum Sprechstunde (FB)

SARS-CoV-2:

Vorangegangene Infektion: Ja ☐ Wann: Nein ☐

Impfung: Ja ☐ 1. Impfung Datum: 2.Impfung Datum:

Welcher Arm: Links ☐ rechts ☐ Links ☐ rechts ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und wie oft:

Name des Medikamentes	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Ich bin damit einverstanden, dass Daten bezüglich meiner Erkrankung anonymisiert an ein Krebsregister bzw. eine Institution zur Qualitätskontrolle weitergegeben werden:

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin mit der Verwendung meiner Daten, Bilder und Gewebe in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin einverstanden, dass ich zur Erhebung von Verlaufsdaten vom Brustzentrum der LMU-München Großhadern/Maistraße schriftlich oder telefonisch kontaktiert werde:

Ja ☐ Nein ☐

Telefon privat …… Telefon Handy……

Telefon Arbeit…… E-Mail-Adresse……

München, den…… Unterschrift der Patientin……