

FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE MIT AHF



HERZKIND e.V.
Information • Beratung • Hilfe

Ihre Angaben helfen uns, sich einen Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu verschaffen und Ihnen so bei Ihrer Anfrage schnelle Unterstützung und Hilfe zu geben. Sie unterstützen uns, indem Sie bitte daran denken, uns Veränderungen wie z.B. Operationen, Änderung der Einstufung beim GdB, u.ä. mitzuteilen. Gern können Sie uns auch Kopien der Arztberichte, Gutachten usw. senden.

Wir nehmen den Datenschutz sehr ernst, alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ein Austausch erfolgt nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch. Gleiches gilt für die Beantwortung Ihrer Anfragen durch unsere Mitarbeiter bzw. ehrenamtlich tätigen Helfer unseres Vereins. Ihre Daten werden nicht an Krankenkassen, Klinikträger, Ärzte oder sonstige Institutionen weitergegeben.

MITGLIED

Name, Vorname: _____

geb. am: _____ Beruf: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Familienstand

verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft ledig

Partner

Name; Vorname: _____

geb. am: _____ Beruf: _____

Haben Sie Geschwister mit angeborenem Herzfehler? ja Diagnose: _____

Ihre Diagnosen – gern können Sie eine Kopie der letzten Arztberichte beifügen –

Operationen – bereits durchgeführt

welche Operation	in welcher Klinik	wann durchgeführt
------------------	-------------------	-------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Haben Sie weitere Erkrankungen/Diagnosen oder Einschränkungen und wie werden diese behandelt?

Ambulante kardiologische/ kinder-kardiologische Betreuung (Name u. Anschrift des Arztes, der Praxis o. Klinik)

Bis zum 18. Lebensjahr

Ab dem 18. Lebensjahr

Hier ist Platz für Ihre Bemerkungen und/oder Ergänzungen/Wünsche die Sie uns mitteilen möchten:

Ich bin *grundsätzlich* damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und/oder meine E- Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme an andere betroffene Familien oder selbst Betroffene weitergegeben werden kann. Unabhängig von Ihrem generellen Einverständnis werden wir Sie vor jeder Weitergabe kontaktieren und um Ihre Zustimmung im konkreten Fall bitten.

ja nein

Haben Sie generelles Interesse am Austausch mit anderen EMAH's?

ja nein

Datum/ Unterschrift

Wir danken ganz herzlich für Ihr Vertrauen.

Senden Sie diesen ausgefüllten Fragebogen ggf. zusammen mit dem Mitgliedsantrag und Kopien der aktuellen Arztberichte an:

HERZKIND e.V.
Husarenstr. 70
38102 Braunschweig

Tel: 0531 220 660
Fax: 0531 220 66 22
Mail: info@herzkind.de

