

Die Lympho Opt Klinik bietet ihren Patienten seit mehr als 20 Jahren medizinische Betreuung und Versorgung hinsichtlich der Krankheitsbilder Lymphödem und Lipödem.

In diesem Zusammenhang bietet die Lympho Opt Klinik neben einer privaten Sprechstunde direkt vor Ort, eine Online-Videosprechstunde für Patienten mit den Krankheitsbildern Lymphödem und Lipödem an. Dies soll insbesondere für Patienten gelten, die lange Anfahrtszeiten oder auch körperliche Strapazen auf sich nehmen müssten, aufgrund der Einschränkung in der Beweglichkeit.

Durch die Online-Sprechstunde haben Sie die Möglichkeit den Online-Termin perfekt in Ihren Alltag zu integrieren. In der Online-Sprechstunde werden wir keine Behandlungen oder Diagnosen vornehmen, da dieses nach deutschem Recht, insbesondere der Berufsordnung für Ärzte nicht zugelassen ist. Bei diesem Termin können allerdings Empfehlungen an die Patienten gegeben werden. Eine konkrete Untersuchung erfolgt dann vor Ort in der Lympho Opt Klinik im Falle einer Behandlung.

Die Online-Sprechstunde wird in Deutscher und Englischer Sprache angeboten.

Die Lympho Opt Klinik hat sich im Rahmen der Online-Videosprechstunde für das **System CGM ELVI** entschieden. Dieses erfüllt die technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen des deutschen Kassenärztlichen Bundesverbandes und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen. Die CGM ELVI ist ein zertifizierter Videodienstleister und als solcher bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) registriert. Seit 2017 wurden bereits viele Tausend ELVI-Sitzungen durchgeführt. CGM ELVI ist Projektpartner in zahlreichen Förderprojekten und hat 2017 den Springer-Medizin-Praxis Preis gewonnen. 2018 wurde die CGM ELVI Zweiter beim deutschen MSD Gesundheitspreis.

## CGM ELVI

Elektronische Videosprechstunde



Die **notwendigen technischen Voraussetzungen** zur Durchführung einer Online-Videosprechstunde Ihrerseits sind:

- Internetzugang
- Laptop mit Kamera/Webcam und Lautsprecher zur Kommunikation
- oder Tablet bzw. Smartphone mit entsprechender Kameraausrüstung sowie Mikrofon und Lautsprecher zur Kommunikation.

Bitte beachten Sie, wenn Sie eine externe Kamera/Webcam oder ein externe Mikrofon verwenden sollten, dieses vor dem Öffnen des Internetbrowser (Google Chrome, Mozilla Firefox Quantum, Opera oder Safari; andere Internetbrowser werden nicht unterstützt) und vor der Anmeldung Ihrerseits bei CGM ELVI an den Laptop oder das Tablet anzuschließen ist. Hintergrund ist, dass es zu technischen Problemen kommen kann, da gegebenenfalls CGM ELVI die Kamera und das Mikrofon nicht erkennt.

In **Vorbereitung auf die Online-Videosprechstunde** benötigen wir von Ihnen, den aufgeführten Fragebogen ausgefüllt. Bitte beachten Sie auch, dass der Fragebogen so gut wie nur Pflichtfelder enthält, die für unsere Bearbeitung zur Einleitung und Durchführung einer Online-Videosprechstunde unverzichtbar sind. Bitte senden Sie den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen per E-Mail ([anmeldung@lympho-opt.de](mailto:anmeldung@lympho-opt.de)) oder per Fax (09154-5899663) an die Lympho Opt Klinik.

Sobald wir alle Unterlagen (Fragebogen) vollständig ausgefüllt von Ihnen erhalten haben und nach Durchsicht durch den zuständigen Arzt, werden wir uns bei Ihnen per Email oder SMS melden bezüglich der **Durchführung einer Online-Videosprechstunde**. Bitte beachten Sie, dass Sie uns für die optimale Terminierung und zur Vermeidung weiterer Rückfragen, bereits im Fragebogen ausreichende Terminvorschläge für ihre wöchentlich verfügbaren Zeiträume (Zeitraum innerhalb von 2-3 Wochen) angeben. Sie werden entweder per SMS oder E-Mail von uns über den Termin zur Online-Videosprechstunde informiert.

Weiterhin enthält die SMS oder E-Mail den Link zum Zugang als auch die Zugangsdaten. Bei den Zugangsdaten handelt es sich um Ihren Vor- und Nachnamen als auch einen per System vergebenen Zugangscode. Sie müssen dann lediglich zum Termin auf den Link aus der SMS oder E-Mail gehen und dann Ihre Login Daten (Vorname Nachname sowie den Zugangscode) eingeben unter „Login mit Zugangscode“ sowie die Nutzungsbedingungen akzeptieren. Sollten Sie vorab den „Login für registrierte Nutzer“ sehen, müssten Sie bitte weiter runter scrollen. Bitte beachten Sie, dass Sie von Ihrem Internetbrowser gefragt werden, ob Sie CGM ELVI den Zugriff auf Ihre Kamera und Ihr Mikrofon erlauben. Dieses müssen Sie bitte Zulassen, ansonsten kann keine Kommunikation zwischen Ihnen und dem Arzt stattfinden

**In der Online-Videosprechstunde** benötigen wir Ihre Krankenkassenkarte sowie gegebenenfalls ärztliche Unterlagen/Befunde. Ebenso können Sie Ihre medizinischen Fragen stellen sowie Auskunft über das Behandlungsverfahren bzw. –chancen als auch Informationen zum Klinikaufenthalt erörtern, denn somit haben Sie die Möglichkeit die Atmosphäre in unserer Klinik und den möglicherweise später behandelnden Arzt bereits per Online-Videosprechstunde zu erfahren.

Bei der Online-Videosprechstunde handelt es sich um eine Privatsprechstunde. Die **Kosten** für das Arztgespräch werden nach der aktuellen Gebühren-Ordnung für Ärzte berechnet. Die Kosten für das Arztgespräch werden nach der Gebühren-Ordnung für Ärzte nach der Ziffer 1 mit 2,3-fachem Satz abgerechnet. Die Kosten betragen dafür aktuell 10,72€. Bei einem längeren Gespräch von mindestens 10 Minuten erfolgt die Abrechnung nach GOÄ Nr. 3, aktuell 20,11€ (Stand: Juli 2019). Im Nachgang an die durchgeführte Online-Videosprechstunde erhalten Sie von uns eine Rechnung.

Weiter zum Fragebogen



Bitte den vollständig ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an [anmeldung@lympho-opt.de](mailto:anmeldung@lympho-opt.de) oder per Fax an 0049 (0) 9154-5899663 senden.

Bitte beachten Sie, dass wir den Fragebogen nur bearbeiten können, sofern alle Pflichtfelder\* ausgefüllt sind.

Nachname*		
Vorname*		
Geburtsdatum*		
Straße / Nr.*		
Postleitzahl / Ort / Land*		
Staatsangehörigkeit*		
Mobiltelefon mit Ländervorwahl (insbesondere zum Versand des Termins mit entsprechendem Zugang als auch bei technischen Problemen im Rahmen der Online-Videosprechstunde oder bei kurzfristigen Terminverschiebungen)		
E-Mail*		
Name Ihrer Krankenkasse*		
Um eine Online-Videosprechstunde zu planen, bitte für die nächsten 1-3 Wochen mehrere mögliche Termine mitteilen*		
Name und Anschrift Ihres behandelnder Arztes (auch Allgemeinmediziner, sofern dieser der behandelnde Arzt ist)*		
Körpergröße (in m) *		
Körpergewicht (in kg)*		
BMI (Body-Mass-Index)		
Bauchumfang in Nabelhöhe (in m)*		
Hüftumfang (in m)*		
<b>Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit ja oder nein*</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Ist Ihre Haut ungewöhnlich glatt und prall oder dauerhaft geschwollen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie vor Auftreten der Schwellung operiert oder bestrahlt?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie am betroffenen Körperteil eine Verletzung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Fuß- oder Handrücken von der Schwellung betroffen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigen sich vertiefte, natürliche Falten?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie an der zweiten Zehe beziehungsweise an einem Finger durch eine „Kneifbewegung“ eine Hautfalte abheben (positives Stemmer'sches Zeichen)?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist von der Schwellung nur ein Bein bzw. ein Arm betroffen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre beiden Arme beziehungsweise beiden Beine gleichermaßen von den Schwellungen betroffen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belaufen sich die Schwellungen der Arme bis zum Handgelenk oder im Fall der Schwellungen an den Beinen bis zu den Knöcheln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Hand- oder Fußrücken geschwollen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen Fettpolster an den Hüften („Reiterhosen“) und an den Innenseiten der Knie?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das komplette Bein bis zum Knöchel („Suavenhose“) betroffen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilden sich schnell blaue Flecke, ohne wesentliche Verletzungen oder Besenreiser?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits bei leichten Druck auf die geschwollenen Stellen Schmerzen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gab es Ursachen hierfür?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ich hatte eine Krebserkrankung*	<input type="checkbox"/> Wenn, ja, wann?	<input type="checkbox"/>
Ich wurde wegen dieser Krebserkrankung operiert*	<input type="checkbox"/> Wenn, ja, wann?	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen Unfall*	<input type="checkbox"/> Wenn, ja, wann?	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen Insektenstich*	<input type="checkbox"/> Wenn, ja, wann?	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aktuell folgende Medikamente*	<input type="checkbox"/> Wenn, ja, welche?	<input type="checkbox"/>
Bisherige stationäre Krankenhausaufenthalte, aufgrund meines Lymphödems, Lipödems oder lymphologischen Nebenerkrankung *	<input type="checkbox"/> ja Wenn, ja, Name des Krankenhauses:  Wenn, ja Zeitraum:  <input type="checkbox"/> Nein	
Bisheriger Aufenthalt in einer Rehaklinik, aufgrund meines Lymphödems, Lipödems oder lymphologischen Nebenerkrankung *	<input type="checkbox"/> ja Wenn, ja, Name der Rehaklinik:	

	Wenn, ja Zeitraum:  <input type="checkbox"/> Nein
Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren?*	<input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte <input type="checkbox"/> Empfehlung vom Arzt / Therapeut <input type="checkbox"/> Patienteninformationstag <input type="checkbox"/> Zeitungen und Zeitschriften <input type="checkbox"/> Fernsehen und Radio <input type="checkbox"/> Internetsuche <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Sonstige
Möchten Sie sonst noch etwas mitteilen	
<p><b>Bitte Lesen Sie die folgenden Informationen und Aufklärungen durch</b> und bestätigen Ihr Einverständnis durch ein entsprechendes Kreuz an der vorgesehenen Stelle.</p> <p>[ ] Mit dem Abschicken des Formulars erklären Sie sich mit der Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der Lympho Opt GmbH für eine Online-Sprechstunde (Videosprechstunde) (nach Maßgabe des § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) einverstanden.</p> <p>[ ] Mit dem Abschicken des Formulars erklären Sie sich mit der Kontaktaufnahme zur Vereinbarung einer Online-Sprechstunde einverstanden.</p> <p>[ ] Mit dem Abschicken des Formulars erklären Sie sich mit den Datenschutzbestimmungen der Lympho Opt GmbH einverstanden. Diese finden Sie auf der Homepage <a href="http://www.lympho-opt.de">www.lympho-opt.de</a>.</p> <p>[ ] Mir ist bewusst, dass es sich bei der Online-Sprechstunde um eine Privatsprechstunde handelt. Die Kosten für das Arztgespräch werden nach der Gebühren-Ordnung für Ärzte nach der Ziffer 1 mit 2,3-fachem Satz abgerechnet. Die Kosten betragen dafür aktuell 10,72 €. Bei einem längeren Gespräch von mindestens 10 Minuten erfolgt die Abrechnung nach GOÄ Nr. 3, aktuell 20,11 € (Stand: Juli 2019).</p> <p>Bitte beachten Sie, dass wir den Fragebogen und damit eine Online-Videosprechstunde erst ermöglichen können, wenn alle Angaben zu den Fragen sowie alle Einverständniserklärungen Ihrerseits abgegeben worden sind.</p> <p><b>Sollten Sie die Pflichtfelder nicht ausfüllen bzw. die Einverständniserklärungen uns gegenüber nicht erteilen, werden wir die bei der Lympho Opt Klinik eingegangenen Daten aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich löschen bzw. vernichten.</b></p> <p>Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an <a href="mailto:anmeldung@lympho-opt.de">anmeldung@lympho-opt.de</a> oder per Fax an 0049 (0) 9154-5899663.</p>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift