

Anamnesebogen



Bahnhofstr. 39,
56410 Montabaur
Tel: Nr.: 02602/5357
Fax-Nr.: 02602/5354
E-Mail: arzhelferin@dr-med-schuster.de

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ _____ Ort _____

Festnetznummer: _____ Fax: _____

Mobilfunknummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Angaben

Beruf / Ausbildung: _____

Arbeitgeber: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Kinder _____

Raucher: nein, ja seit _____ Jahren _____ Zigaretten / Tag

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Organspendeausweis vorhanden: ja nein

Patientenverfügung vorhanden: ja nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? nein ja – Betreuer: _____

Pflegegrad: nein ja Einstufung: _____

Treiben Sie Sport: nein ja / wie oft pro Woche: _____

/ welche Sportart: _____

Welche Erkrankungen hatten Sie? Allergien?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Vater / Mutter / Geschwister)?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Welche Operationen/ Bestrahlungen wurden durchgeführt?

_____ Jahr _____ / _____ Jahr _____
_____ Jahr _____ / _____ Jahr _____
_____ Jahr _____ / _____ Jahr _____
_____ Jahr _____ / _____ Jahr _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet auf Empfehlung Zeitung

Schildern Sie ihre Beschwerden. Wann treten sie auf? Seit wann bestehen sie?

- Ich möchte auf Check-up Termine hingewiesen werden

- per E-Mail per SMS mündlich / telefonisch
- Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch, wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie:

- Masern Mumps Röteln Windpocken Hepatitis Keuchhusten

Schlafen Sie ruhig? ja nein

Leiden Sie an: Atemnot Herzklopfen geschwollenen Beinen
 Bauchschmerzen Durchfall Verstopfung

Haben Sie: Husten Auswurf

Haben Sie Beschwerden beim Wasser lassen: ja nein

- Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.
- Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!
- Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.
- Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.
- Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen am Empfang ab.
- Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Einwilligungserklärung: per Email

Ab sofort bieten wir Ihnen an, Rechnungen und Mahnungen sowie Kostenvoranschläge per E-Mail im PDF-Format zu erhalten. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleich gestellt. Wir versenden diese Dokumente verschlüsselt, um sie vor unbefugter Einsichtnahme zu schützen, weisen Sie jedoch darauf hin, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stets das Risiko enthält, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden können.

Bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung vollständig aus.

Name: _____ Geb.Datum: _____

Email-Adresse: _____

Verschlüsselungs-Code: _____

(Geburtsdatum –ohne Punkt mit vollständiger Jahreszahl)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. angegebenen Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge aussch. per Email im PDF-Format.

Ich willige darin ein, dass meine in der Rechnung niedergelegten persönlichen Daten per Email an mich übersendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt aussch. zu dem Zweck, Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge an mich zu übersenden. Sollten diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden, entbinde ich die Praxis diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Montabaur, _____ Unterschrift: _____

Nur für Privatpatienten - Einwilligungserklärung PVS/IPL

1.

Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die Privatärztliche Verrechnungsstelle IPL, Bahnhofstraße 28 Eingang, Betzenstraße 966111 Saarbrücken, Email info@ipl-abrechnung.de, einverstanden.

2.

Weiterhin willige ich gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1. Lit. A DS-GVO ein, dass eine Weitergabe und Verarbeitung personenbezogener Daten insbesondere der Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO i.V.m. Art. 4 Nr. 15 DS-GVO an bzw. durch Mitbehandler (Ärzte sowie Ärzte u. Institutionen, die für die Durchführung notwendiger Untersuchungen –Röntgen, Labor, Gewebeproben usw. herangezogen werden) stattfinden darf.

3. Schweigepflichtenbindung

Ich entbinde:

Gem.-Praxis Dr. med. K. R. Schuster/Hötzel
Bahnhofstr. 39, 65410 Montabaur

Zur obigen unter Ziffer 1 und 2 beschriebene Zwecke ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Das kann unter anderem schriftlich geschehen an:

Gem.-Praxis Dr. med. K. R. Schuster/Hötzel
Bahnhofstr. 39, 65410 Montabaur

Ich habe weiterhin verstanden, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Ich habe weiterhin verstanden, dass der Widerruf zur Folge hat, dass eine Abrechnung über die IPL nicht mehr erfolgen kann und dass auch eine Weitergabe zur Verarbeitung durch Mitarbeiter nicht mehr erfolgen darf.

Montabaur, _____ Unterschrift Pat. /gesetzl. Vertreter: _____

Bahnhofstr. 39, 56410 Montabaur
Tel: 02602 / 5357 Fax: 02602/5354
arzhelferin@dr-med-schuster.de

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Gem.-Praxis Dr. med. K. R. Schuster / M. W. Hötzel

- meine betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert. (Müssen persönlich abgeholt werden)
- Rezepte an Apotheken und Sanitätshäuser und ähnlichen Institutionen auf meinen Wunsch weitergeben darf.
- die Befundweitergabe per Telefon, Fax an mich und die im Anschluss von genannten Personen weitergeben darf.

Personen: _____

- Ich erkläre die Anlage - Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen zu haben

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Montabaur, _____ Pat.-Name /gesetzl. Vertreter: _____

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Gemeinschaftspraxis Dr. med. K. R. Schuster / M. W. Hötzel
Bahnhofstr. 39, 56410 Montabaur
Tel: 02602 / 5357 Fax: 02602/5354
arzhelferin@dr-med-schuster.de

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung / Datenschutzbeauftragter ist: Bärbel Weber, Bahnhofstr. 39, 56410 Montabaur, 02602/5357

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärzte-kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b)

Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Tel: 02602 / 5357 Fax: 02602/5354
arzthelferin@dr-med-schuster.de