	6 Arbeitsanweisung Anmeldung	Version 1
	6.19.1 Formular Einwilligungserklärung	

Einverständniserklärung „Auskunftsweitergabe“


Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Einwilligung zur Verarbeitung/ Übermittlung von Patientendaten

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mein o.g. Vertragsarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zweck der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.	
ggf. Information für Fachärzte Hausarzt _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Name Praxisort </div>	
2. Berechtigte Dritter (optional) Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch den oben genannten Vertragsarzt übermittelt bzw. übergeben werden darf, so dass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:	
Angehörige/ Lebenspartner/ Sonstige Berechtigte	
<input type="radio"/> personenbezogene Daten	a) Name, Vorname, Geburtsdatum _____ _____ _____ ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft angeben
<input type="radio"/> Behandlungs- und Befunddaten	_____ _____
<input type="radio"/> Rezepte- und Verordnungen	_____ _____
_____ ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft angeben	
<hr/> <input type="radio"/> personenbezogene Daten	
b) Name, Vorname, Geburtsdatum _____ _____ _____ ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft angeben	
<input type="radio"/> Behandlungs- und Befunddaten	_____ _____
<input type="radio"/> Rezepte- und Verordnungen	_____ _____
_____ ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft angeben	

Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	

	6 Arbeitsanweisung Anmeldung	Version 1
	6.19.1 Formular Einwilligungserklärung	

<input type="checkbox"/> personenbezogene Daten	c) Name, Vorname, Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten	_____
<input type="checkbox"/> Rezepte- und Verordnungen	_____

	ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft angeben

Transportunternehmen/ Fahrdienst <input type="checkbox"/> personenbezogene Daten
--

Mir ist bewusst, dass von o.a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer 1), deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erschienen (z.B. Pflegeheim, Sanitätshaus, häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich werden.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich die Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgtem Übermittlungen bzw. Anforderungen.

_____	_____
Datum	Unterschrift

Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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 ist:

Praxisname: Hausarztpraxis Frau B. Gotthelf
Adresse: Am Klemmberg 1
Telefon: 03443- 203343
E-Mail: info@praxis-weissenfels.de


2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Ärztin 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.

Erstellt von:	Gepüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	

	6	Version 1
	Arbeitsanweisung Anmeldung	
	6.19.3 Patienteninformation zum Datenschutz	

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, Pflegedienste, Pflegeheime, Ärztekammern 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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen.


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.

Ihr Praxisteam

Hiermit bin ich einverstanden:

Datum	Unterschrift		
Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	

	6	Version 1
	Arbeitsanweisung Anmeldung	
	6.19.4 Einverständniserklärung Terminreminder	

Einverständniserklärung Zur Teilnahme am Recall- System
(automatische Termin- Erinnerung)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Liebe Patienten, lieber Patient,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.

Deshalb erinnern wir Sie auf Wunsch an anstehende Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder erforderliche Kontrolluntersuchungen.

Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Hausärztin Frau B. Gotthelf über SMS oder Email über anstehenden Termin erinnert.


Hiermit bin ich einverstanden:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und kann ich kann diese jederzeit schriftlich gegenüber meiner Ärztin bzw. Praxis, für die Zukunft widerrufen.

Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	

	6	Version 1
	Arbeitsanweisung Anmeldung 6.2. Untersuchung und Diagnostik	

Erstanamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen Nein Ja

Operationen/ Unfälle Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Haben Sie Allergien? Nein Ja

gegen Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, gegen welche?

Andere Allergien?

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viele pro Tag:

Nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikaments	Welche Stärke hat das Medikament (z.B.: mg)?	Wie nehmen Sie es ein (z.B. Früh 1 Tablette)?

Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Verändert am:
Datum:	Datum:	Datum:	

