

Patientenfragebogen

Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____

Telefon (Handy): _____
E-Mail: _____
Beruf: _____

Bisheriger Hausarzt: Name Anschrift Telefon	
---	--

Wollen Sie den Hausarzt wechseln? ja nein vielleicht

Allgemeine Fragen zur Gesundheit

Rauchen (ja/nein), wieviel? _____

Alkohol (ja/nein), wieviel? _____

Größe, Gewicht _____

Treiben Sie Sport? _____

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Organspendeausweis vorhanden? ja nein

Haben Sie einen Pflegegrad? ja: ____ nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? ja nein

Wenn ja: Name und Adresse _____

Nehmen Sie Medikamente ein? _____

Wenn ja, welche: _____

Bringen Sie Ihren Medikamentenplan bitte mit. _____

Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, _____

Lebensmittel bekannt? _____

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, _____

wann und woran? _____

Haben Sie einen Impfausweis? ja nein

Wenn ja, bringen Sie diesen bitte mit. Wir
beraten Sie gern.

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen?

Hoher Blutdruck, Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen	_____	
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis	_____	
Krampfadern, Thrombose, offene Beine	_____	
Gelbsucht, Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	_____	
Magen-Darm-Erkrankungen	_____	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harnsäureerhöhung (Gicht)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung, Blutarmut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorleiden	_____	
Schilddrüsenerkrankung	_____	
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Erkrankungen der Gelenke oder der Wirbelsäule	_____	
Psychische Erkrankungen	_____	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen	_____	
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere chronische Erkrankungen	_____	

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechselstörungen/Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den sie uns hier noch mitteilen möchten?

Einverständniserklärung

- Ich möchte über folgende Gesundheitsleistungen informiert werden:
- Früherkennungsuntersuchung
- Impfungen
- ausstehende ärztliche Untersuchungen
- Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Diese Informationen möchte ich auf folgendem Weg erhalten:

- E-Mail SMS mündlich/telefonisch

Ich möchte ärztliche Befunde und Rechnungen auf folgendem Weg erhalten:

- E-Mail Brief mündlich/telefonisch

Telefon (Handy): _____
E-Mail: _____
Anschrift: _____

Zu Ihrer Sicherheit versenden wir Befunde, Rechnungen, Arztbriefe und weitere ärztlichen Unterlagen per E-Mail in verschlüsselter Form. Zum Öffnen Ihrer Unterlagen tragen Sie bitte Ihre Versichertennummer ein. Bei der Übermittlung von Daten per E-Mail besteht dennoch das Risiko, dass Unbefugte Einsicht in die übermittelten Daten erlangen.

Diese obenstehende Einverständniserklärung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber dem Hausärzteam Beethovenstraße widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Gesetzlicher Vertreter

Patienteninformationen 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 ist: Hausärzteam Beethovenstraße, Gemeinschaftspraxis, Beethovenstraße 1, 28876 Oyten

Verantwortlicher Datenschutzbeauftragter: Dennis Tietjen, Beethovenstraße 1, 28876 Oyten, tietjen@hausarztteam.net

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis 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, 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 berechtigte 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Barbara Thiel, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, E-Mail: poststelle@fd.niedersachsen.de

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 Hausärzteam Beethovenstraße

Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage „Patienteninformationen zum Datenschutz“ gelesen zu haben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass das Hausärzteam Beethovenstraße mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich, behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt dem Hausärzteam Beethovenstraße als neue Hausarztpraxis die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. das Hausärzteam Beethovenstraße diese Unterlagen beim bisherigen Hausarzt anfordert.

Ich möchte zum Hausärzteam Beethovenstraße wechseln: ja nein

Bisheriger Hausarzt: Name Anschrift Telefon	
--	--

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Gesetzlicher Vertreter

Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____

Ich bitte das Hausärzteam Beethovenstraße nachfolgender Person Arztbriefe, Verordnungen, Rezepte und Termine auszuhändigen. (Angehörige)

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Gesetzlicher Vertreter

Ich bitte das Hausärzteam Beethovenstraße nachfolgender Person Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakte zu ermöglichen. Des Weiteren Arztbriefe, Verordnungen, Rezepte und Termine auszuhändigen. (Angehörige)

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Gesetzlicher Vertreter