Aufnahmebogen für neue Patienten

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich wohl bei uns fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Patientenakte anzulegen. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gern an unser Praxisteam. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Personalien

Name ……..

Vorname …….

geboren am ……

Anschrift …….

……

Familienstand ……

Beruf / Tätigkeit ……

Festnetz …….

Handynummer ……..

E-Mail-Adresse …….

Ihre Gesundheitsvorgeschichte

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt?

Regelmäßige Medikamente? nein ja

Welche / Dosierung?

Körperfunktionen

Körpergröße	cm			
Körpergewicht	kg			
Raucher		nein	ja	gelegentlich
Trinken Sie Alkohol		nein	ja	gelegentlich
Gewicht in den letzten 6 Monate **stabil**?		nein	ja	
Haben Sie Wasser in den Beinen		nein	ja	
Nächtlicher Harndrang		nein	ja	
Schwerbehinderung		nein	ja	
GdB				
welche				
Organspendeausweis		nein	ja	

Aktuelle Beschwerden

Bestehen derzeit Beschwerden	nein	ja
Welche?		

Eigene Vorerkrankungen

Allergien / welche	nein	ja

Herz / Kreislauf / Blutdruck	nein	ja
Augen	nein	ja
Ohren	nein	ja
Lunge	nein	ja
Magen / Darm	nein	ja
Leber- / Gallenerkrankung	nein	ja
Stoffwechsel	nein	ja
(z.B. Diabetes, Schilddrüse)		

Nierenerkrankung	nein	ja
Blasenerkrankungen	nein	ja
Nervenerkrankung	nein	ja
Gemütserkrankungen	nein	ja
Anfallsleiden (Epilepsie)	nein	ja
Bluterkrankung	nein	ja
Haut	nein	ja
Bewegungsapparat/Wirbelsäule	nein	ja
Schwere Infektionskrankheiten	nein	ja

Covid-19 erkrankt	nein	ja
gegen Covid geimpft	nein	ja
Sonstige Erkrankungen	nein	ja

Heilverfahren / Kuren	nein	ja

Besteht ständige ärztliche Behandlung?	nein	ja
Warum		

Operationen & Unfälle nein ja

welche und wann

Berufskrankheit_ nein ja

welche

Gesetzlicher Betreuer nein ja

wer

Patienten-Verfügung nein ja

<u>Bei Frauen</u>

Besteht eine Schwangerschaft nein ja

Woche

Stillen Sie zur Zeit nein ja

<u>Eigene damalige Kinderkrankheiten</u>

Windpocken nein ja
Masern nein ja
Mumps nein ja
Keuchhusten nein ja
Röteln nein ja

Gesundheitsvorgeschichte der Familie

Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

Zuckerkrankheit	nein	ja
Krebserkrankungen	nein	ja
Herzerkrankungen	nein	ja
Tuberkulose	nein	ja
Psychische Erkrankungen	nein	ja
Allergien	nein	ja
Sonstiges?		

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

> Bitte reichen Sie uns auch Ihren Impfausweis ein (ggfs. als Kopie). <

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden die o.g. personenbezogenen Daten unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Rechte finden Sie unten im Dokument „Erläuterungen zum Datenschutz".

Ich habe die „Erläuterungen zum Datenschutz" **erhalten** und **gelesen.**

_____ _____

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten /
ggf. des gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam
Hausarztpraxis Gosen
Dr. med. N. Haasler

Einwilligungserklärung Datenweitergabe

Liebe Patienten,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir personenbezogene Daten, wie z. B. Ihr Alter, Krankenkasse, Diagnose erheben und verarbeiten. Diese Daten müssen wir ggf. an weitere Ärzte, Krankenhäuser, Labore und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen übermitteln. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Wollen Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, müssen Sie Ihre Daten selbst an die Leistungserbringer übermitteln oder einholen.

Hiermit willige ich, Name:

ein, dass personenbezogene Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über meine Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an

- ☐ die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt
- ☐ das Krankenhaus/MVZ
- ☐ das Labor
- ☐ andere Leistungserbringer wie z. B. Pflegedienst, Pflegeeinrichtung, Therapeuten

- ☐ **weitergegeben** werden dürfen
- ☐ von diesen über meine Behandlung **eingeholt** werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift des Patienten

Einwilligung Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Liebe Patienten,

wir dürfen Rezepte, Überweisungen oder Verordnungen nur an Sie persönlich herausgeben. Wenn Sie möchten, dass wir diese auch an Dritte (z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen) herausgeben, benötigen wird Ihre Einwilligung.

Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

Hiermit willige ich, Name:

ein, dass im Rahmen meiner Behandlung bei der Hausarztpraxis Gosen-Neu Zittau,

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Verordnungen
- ☐ Medikationspläne

an

- ☐ Mitarbeitende des Pflegedienstes, Seniorenheims etc.

……

- ☐ Angehörige oder weitere Personen

……

- ☐ Apotheke …….

- ☐ **übermittelt** werden dürfen.
- ☐ von diesen **abgeholt** werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift des Patienten

Einwilligung Terminerinnerungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Terminerinnerungen per E-Mail über den Anbieter Arzt-Direkt und per Telefon an. Wenn Sie an Termine in unserer Praxis erinnert werden möchten, unterschreiben Sie bitte diese Einwilligungserklärung.

Hiermit willige ich,

Name:

ein, dass die Praxis Dr. med. N. Haasler, Hausarztpraxis Gosen, mich per E-Mail und Telefon an Termine erinnern darf.

Telefon ……..

E-Mail ……..

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift des Patienten / ggf. des gesetzlichen Vertreters

Erläuterungen zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sind wir verpflichtet, Sie zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Hier finden Sie zudem Ihre Rechte hinsichtlich des Datenschutzes in unserer Praxis.

Datenverantwortlicher:
Praxisname: Dr. med. N. Haasler, Hausarztpraxis Gosen
Adresse Eichwalder Straße 98, 15537 Gosen-Neu Zittau
E-Mail: post@hausarzt-gosen.de
Telefon: 03362 - 8871091

Der zuständige Datenschutzbeauftragte in der Praxis ist: **wie vor**

Datenverarbeitungszweck: In unserer Praxis erfolgt die Datenverarbeitung aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen. Nur so können wir den zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten erfüllen. Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen z. B. auch Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde.

Aber auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, erheben Daten. Diese Daten können uns ggf. zur Verfügung gestellt werden. Dies erfolgt in der Regel durch Arztbriefe. Für Ihre Behandlung ist die Erhebung von Gesundheitsdaten notwendig. Werden die notwendigen Daten nicht erhoben und weitergeleitet, können wir Sie ggf. nicht sorgfältig behandeln. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht. Die ärztliche Schweigepflicht gilt nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis.

Datenempfänger: Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können z. B. sein:

- andere Ärzte und Psychotherapeuten
- Kassenärztliche Vereinigung
- Krankenkassen
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung
- Ärztekammer
- Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen
- privatärztliche Verrechnungsstellen.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zu folgenden Zwecken:

- Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen
- zur Klärung von medizinischen Fragen
- Fragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis.

Nur im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Datenspeicherung: Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie es für die Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir derzeit dazu verpflichtet, diese Daten mind. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Es gibt ggf. längere Aufbewahrungsfristen.

Ihre Rechte:

- **Recht auf Auskunft:** Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.

- **Recht auf Berichtigung:** Sie können die Berichtigung unrichtiger Daten und die Vervollständigung unvollständiger Daten, z. B. durch eine ergänzende Erklärung, verlangen.

- **Recht auf Löschung:** Ihnen steht unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten zu.

- **Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung:** Unter gewissen Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Wir dürfen dann Ihre Daten speichern, aber nur noch mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Union oder eines Mitgliedstaats verarbeiten.

- **Recht auf Datenübertragung:** Sie können Ihr Recht auf Datenübertragung in Anspruch nehmen. Sie können Ihre Daten von unserer Praxis an eine andere Stelle übertragen lassen, wenn Sie z. B. umziehen und sich von einem anderen Arzt behandeln lassen wollen.

- **Recht auf Widerruf:** Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen, z. B. bei der Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis, so z. B bei der Beauftragung einer privatärztlichen Verrechnungsstelle. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

- **Recht auf Beschwerde:** Sie haben 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.

Verantwortlich: Landesärztekammer Brandenburg
c/o Datenschutzbeauftragter, Geschäftsstelle Cottbus
PF 10 14 45
03014 Cottbus
E-Mail: datenschutzbeauftragter@laekb.de