



ZUR PERSON

Name, Vorname _____

Email-Adresse _____

Tel.-Nr. (Festnetz/Mobil) _____

Bisheriger Hausarzt _____

Familienstand _____

Kinder (Alter, Geschlecht) _____

Erlerner Beruf / Studium: _____

Aktueller Beruf/Unternehmen: _____

Sie kennen uns über Empfehlung von _____ Zeitung Telefonbuch Internet sonstige

LEBENSGEWOHNHEITEN

Rauchen nein Ex-Raucher ja

(seit) wie viele(n) Jahren _____ tägl. im Schnitt _____/Tag, aktuell _____ /Tag

Alkohol nein ja, ___x pro Woche _____ Menge / Art

Sport nein ja, ___x pro Woche / _____ Minuten / km Art _____

(Gesü)

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg Blutdruck: _____

(Vitalwerte)

MEDIKAMENTENALLERGIEN GEGEN _____

(Allergien)

SONSTIGE ALLERGIEN GEGEN _____

(DIA ALLE)

GERIATRISCHE ANAMNESE (GERI)

Pflegegrad _____ Grad der Behinderung _____ % Merkzeichen _____

Wohnform: _____

(z.B. Einfamilienhaus, Wohnung in der x. Etage mit Aufzug)

Hilfsmittel: _____

(z.B. Rollator, Gehstock, Rollstuhl, Duschhilfe, Pflegebett)

Externe Hilfen: _____

(z.B. Pflegedienst mit Namen, Hausnotruf, Essen auf Rädern, 24h-Hilfe)



MEDIKAMENTENANMANESE

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und wann?

VORERKRANKUNGEN

OPERATIONEN

FAMILIENANAMNESE

Hier sind insbesondere folgende Erkrankungen von Relevanz: Herzinfarkt, sonstige Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Schlaganfall, Krebs, Depression etc

Bitte geben Sie auch das aktuelle Alter, das Erkrankungsalter und den Altersunterschied zu Ihren Geschwistern an (siehe auch Beispielbox)

In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tante) sind folgende Erkrankungen bekannt:

BEISPIEL:

Vater (65): Herzinfarkt mit 50, Diabetes, Blutdruck

Mutter (64): gesund

Schwester (-3): gesund

Bruder (+5): Bluthochdruck

Opa väterlicherseits mit 50 an Darmkrebs erkrankt.

Verstorben mit 80 nach Herzinfarkt

**ZUR ÜBERPRÜFUNG IHRES IMPFSTAUS BENÖTIGEN WIR IHREN IMPFAUSWEIS!
NUR DOKUMENTIERTE IMPFUNGEN GELTEN ALS GEGEBEN!
WEITERHIN BITTEN WIR SIE, ALLE VORBEFUNDE ZU BESORGEN.**

**BITTE REICHEN SIE UNS ALLE UNTERLAGEN FRÜHZEITIG REIN, DAMIT WIR SIE
SICHTEN UND IN IHRE AKTE EINPFLEGEN KÖNNEN.**



Name des Patienten:	\${pvoll}\$		
Geb.-Datum:	\${pg}\$	P-Nr.	\${pid}\$

\${anrede}\$,

Datenschutz wird in unserer Praxis großgeschrieben. Deshalb werden Ihre patientenbezogenen Daten von uns praxisintern strengstens vertraulich behandelt. Unsere Mitarbeiter sind zur Diskretion verpflichtet und haben diesbezüglich eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

In Ausnahmen sind wir von Gesetzes wegen angewiesen, Ihre Patientendaten an Kostenträger z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung weiterzuleiten. In jedem Fall beschränken wir die Übermittlung auf die unbedingt notwendigen Informationen. Selbstverständlich werden Sie von uns darüber in Kenntnis gesetzt bzw. die geforderten Unterlagen werden zur Weiterleitung an Sie geschickt.

- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Diskretion verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln und mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich, um mir schnell und unkompliziert Informationen meine Behandlung betreffend zukommen zu lassen und offene Fragen klären zu können, **auch per E-Mail kontaktieren darf**.

Um Terminausfälle zu verhindern und mich Personalressourcen sparend über Terminverschiebungen zu informieren, darf mein Hausarzt mich ebenfalls per E-Mail benachrichtigen.

Mir ist bekannt, dass die Nutzung digitaler Medien grundsätzlich Sicherheitsrisiken birgt, welche nicht beeinflusst werden können.

Ich bin weiterhin mit der Übertragung folgender Daten **per E-Mail** einverstanden

- Erinnerungsservice** für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchung/ Impfungen
- Rechnungsübermittlung
- Befunde

(standardmäßig mit Ihrem Geburtsdatum ohne Punkt und ausgeschriebener Jahreszahl verschlüsselt oder auf Wunsch mit Ihrem individuellen Passwort)

Meine Emailadresse lautet: **\${pemail}\$**

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme über folgende Wege einverstanden

- Telefon (Erinnerungsservice)
- SMS (Erinnerungsservice, perspektivisch)
- Fax (Befundübermittlung)

2.5 dok1 Einverständnis Informationsweitergabe (vo.3)

Medizin am Berg, Bonn



Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name(n):

- 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 meinem bisherigen Hausarzt anfordern darf.

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

Die Datenschutzerklärung (2.6-dok2 patienteninformation datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Bonn, den \${datum_aktuell}\$

(\${pvoll}\$)



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

Dr. Joachim Jörg
Ettenhausener Straße 38a
53227 Bonn
Deutschland
Email: kontakt@medizin-om-berg.de
Telefon: +49 228 481575
Fax: +49 228 432089

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, 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.

Auf Ihren Wunsch übermitteln wir die von Ihnen bestellten Rezepte an eine von Ihnen ausgewählte Apotheke, damit diese Ihnen Ihre Medikamente liefern kann. In diesem Fall übermitteln wir alle auf dem Rezept angegebenen Daten, zur Abwicklung der Bestellung, an die Apotheke.

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 Paragraph 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:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen

Anschrift: Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

Kontaktdaten: Tel. 0211/38424-0, email: poststelle@ldi.nrw.de

6. Beauftragung von Dienstleistern für Systembetreuung und Wartung

Eine zeitgemäße Praxisorganisation erfordert zunehmend den Einsatz von Informationstechnik (IT). Auch unsere Praxis greift daher für die Verwaltung von Patientendaten sowie im Rahmen der Behandlung auf ein Praxisverwaltungssystem und andere IT-Lösungen zurück. Für ein reibungsloses Funktionieren erfordern diese eine fachkundige Betreuung und Wartung.

Wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren und haben diese Aufgabe im Rahmen eines entsprechenden Vertrags nach § 11 Bundesdatenschutzgesetz daher den nachstehenden technischen Dienstleistern übertragen:

- zollsoft GmbH, Engelplatz 8, 07743 Jena (Praxissoftware)

Im Regelfall ergibt sich bei der Betreuung unserer IT-Systeme keine Notwendigkeit, auf Patientendaten zuzugreifen. In bestimmten Fällen, etwa bei der Behebung von Programmfehlern oder der Beseitigung von Störungen, kann es unter Umständen jedoch nicht vermieden werden, dass unser Dienstleister von Ihren Daten Kenntnis erhält. Im Fall eines solchen Zugriffs wird dieser auf das unabdingbar notwendige Maß beschränkt. Der Schutz Ihrer Daten wird dabei durch vertragliche Vereinbarungen sowie technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt. Die Mitarbeiter unseres Dienstleisters wurden nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Verschwiegenheit verpflichtet; Ihre Daten werden auch nicht an andere Stellen weitergeben. In keinem Fall kann der Dienstleister ohne unsere Kenntnis auf Patientendaten zugreifen.

Eine professionelle Betreuung unserer IT-Systeme dient dem Erhalt von deren

2.6 dok2 patienteninformation datenschutz (vo.1)



Medizin am Berg, Bonn

Funktionsfähigkeit und der Gewährleistung einer sicheren und vertrauenswürdigen Informationstechnik. Dies erfolgt auch in ihrem Interesse. Wenn Sie Fragen hierzu haben, sprechen Sie uns bitte an.

7. 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