



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Um Ihnen bei Ihrem Anliegen bestmöglich helfen zu können, benötigen wir Ihre Kontaktdaten sowie möglichst umfassende Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen daher gewissenhaft aus. Sie helfen uns damit, Ihre Krankheiten und Hautprobleme besser in unser Therapiekonzept einordnen zu können.

Bitte geben Sie (wenn möglich) unbedingt auch Ihre **Handynummer** sowie **E-Mail-Adresse** an, damit wir Sie bei Terminverschiebungen, Befundmitteilungen oder in medizinischen Notfällen zeitnah erreichen können.

Alle Informationen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und **nur** im Rahmen der für Ihre Behandlung erforderlichen Maßnahmen genutzt.

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname*

Vorname*

Geburtsdatum*

Straße und Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Telefonnummer*

Mobilnummer

E-Mail

Hausarzt (Name und Ort)

Notfallkontaktperson (Name)

Notfallkontaktperson (Tel.:.:)

MEDINISCHE INFORMATIONEN

ALLGEMEIN

Beruf _____

Körpergröße (cm) _____

Gewicht (kg) _____

Pflegegrad, welcher? _____

Schwanger/Stillzeit Raucher Blutverdünner

HAUTKRANKHEITEN

Neurodermitis Schuppenflechte Ekzeme

Hautkrebs (schwarz) Hautkrebs (weiß) Nesselsucht

Andere, welche? _____

ALLERGIEN

Pollen Schimmelpilze Medikamente

Hausstaubmilben Bienen- / Wespengift Nahrungsmittel

Andere, welche? _____

WEITERE ERKRANKUNGEN

erhöhter Blutdruck Sodbrennen Rückenschmerzen

Thrombose Diabetes Typ I Bandscheibenvorfall

Herzschwäche Diabetes Typ II Morbus Crohn

pAVK erhöhte Blutfette Colitis Ulcerosa

Krampfadern erhöhtes Cholesterin Leberwerterhöhung

Thrombose Gicht Depression

Asthma Schilddrüsenüberf. Migräne

COPD Schilddrüsenunterf. Schlaganfall

Nierenschwäche Osteoporose Epilepsie

Übergewicht Rheuma

Krebserkrankung, welche? _____

Infektionskrankheiten, welche? _____

Andere Erkrankungen, welche? _____

MEDIKAMENTE

Name	Dosis	Einnahme
<i>z.B. ASS</i>	<i>100mg</i>	<i>1-0-0</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

BESTÄTIGUNG MEINER ANGABEN

Ich versichere, dass die gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ich bin mir meiner Verpflichtung bewusst, meinen Behandler über Änderungen meines Gesundheitszustandes zu informieren, da dies von grundlegender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung ist.

Sollten Sie einen unserer Termine nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie bitten, diesen rechtzeitig abzusagen (gerne schriftlich per E-Mail an garrel@praxisdrhoffmann.de). Wir behalten uns im Falle unentschuldigter Abwesenheit vor, Ihnen eine **Ausfallpauschale in Höhe von 20,00 € für Sprechstundentermine und 75€ für Eingriffstermine** in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

DATENSCHUTZ & SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Um Ihnen schnell und unbürokratisch helfen zu können, möchten wir Sie bitten uns von der **ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden** (wenn z.B. der Hausarzt einen Bericht benötigt) und uns die **Erlaubnis zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten** zu erteilen (um z.B. ihre medizinischen Daten speichern zu dürfen).

Warum es ohne diese Maßnahmen zu erheblichen Verzögerungen bei Ihrer Behandlung kommen kann, haben wir für Sie (zusammen mit weiteren Informationen zu diesen Themen) auf den Folgeseiten ausführlich dargestellt.

Alle Einwilligungen sind freiwillig und können von Ihnen jederzeit (auch ohne Angaben von Gründen) gänzlich oder teilweise widerrufen werden. Bei Fragen steht Ihnen unser gesamtes Praxisteam jederzeit gerne zur Verfügung.

- Datenschutz:** Ich stimme der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu und bin über meine Rechte belehrt worden.

- Schweigepflichtsentbindung:** Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte, sowie alle weiteren in meine Behandlung involvierten Mitarbeiter, von der Schweigepflicht, soweit dies erforderlich ist.

- Terminersinnerungsservice:** Ich stimme zu, via SMS oder Email in wichtigen Notfällen, bei Terminabsagen/-verschiebungen kontaktiert oder an meine bestehenden Termine erinnert werden zu dürfen (keine Werbeinhalte!). Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

1. Datenschutz:

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Markus Zobel / markus.zobel@praxisdrhoffmann.de
Praxisname + Kontaktdaten: Praxisklinik Dr. med. K. Hoffmann
www.praxisdrhoffmann.de
info@praxisdrhoffmann.de
Adresse Standort Lohne: Lindenstraße 13-15, 49393 Lohne / Tel.: +49 4442 92720
Adresse Standort Barßel: Lange Straße 10, 26676 Barßel / Tel.: +49 4499 9358270

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.

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 berechnete Empfänger.

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.

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: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Anschrift: Postfach 221, 30002 Hannover Tel.: 0511 120 - 4500
Brühlstraße 9, 30169 Hannover Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Name, Vorname und Anschrift der Patientin / des Patienten

	Geburtsdatum
--	--------------

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichender/-r
Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil* Betreuer/-in Ehegattin/-gatte
 oder

* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende
Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils
abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientienkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AAA) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an AAA sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch AAA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass AAA die Leistungen meiner Praxis mit meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialversicherung) abzurechnen hat.

Ort/Datum



Abrechnung für
Ärzte und Apotheken

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum

Dr. Güldener GmbH

Marienstr. 10 · 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zum Datenschutz für Patienten



Abrechnung für
Ärzte und Apotheken

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Praxis möchte die Durchführung Ihrer Abrechnung der Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AAA) übertragen. Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Zu diesem Zweck hat Ihnen Ihre Praxis eine Einverständniserklärung zur Unterzeichnung vorgelegt. Um eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu gewährleisten, informiert AAA Sie ergänzend zur Einverständniserklärung über Folgendes:

AAA verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die Abrechnung durch AAA ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich. Sie dient der Entlastung Ihrer Praxis. Ohne Ihre Einwilligung muss die Praxis die Forderung selbst abrechnen.

Rechnungsbezogene Daten müssen in der Regel aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt werden. AAA wird Ihre personenbezogenen Daten unverzüglich nach Ablauf der vom Gesetzgeber oder Aufsichtsbehörden erlassenen Aufbewahrungspflichten und -fristen löschen, sofern der mit der Verarbeitung verfolgte Zweck erreicht ist.

Bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen nach Art. 15-20 DSGVO können Sie die folgenden Rechte geltend machen: Sie können von AAA Auskunft verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten gespeichert werden. Ferner können Sie die Berichtigung falscher personenbezogener Daten sowie die Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung nach den vorgenannten Grundsätzen von AAA fordern. Sofern Sie AAA personenbezogene Daten bereitgestellt haben, können Sie die Übermittlung in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format verlangen.