



Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich hierfür Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. zu Hause	_____	Tel geschäftlich	_____
Handy	_____	Email	_____
Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienmitglied
Geburtsdatum	_____	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreit

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name	_____	Telefon	_____
------	-------	---------	-------

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

	Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

Datum, Unterschrift _____

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit	_____	Anzahl Kinder	_____
Arbeitgeber	_____	Familienstand	_____
Sport	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig	Sportart	_____
	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Nein	

Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine). Je nach dem melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

- Ja, bitte informieren Sie mich Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Datum, Unterschrift

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

Operationen? Welche? Wann?

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?

Sonstige Erkrankungen:

Wann war der letzte Check-up?

Wann war Ihre letzte Impfung?



Ihre Medikamente (BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN):

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament Name, Wirkstoffmenge (mg)	Einnahmezeit Morgens	Einnahmezeit Mittags	Einnahmezeit Abends	Einnahmezeit Nachts

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Risikoprofil:

Gibt es chronische Erkrankungen in Ihrer Familie?

- Nein, es sind keine bekannt.
- Ja, welche und bei wem? _____

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie?

- Nein, es sind keine bekannt.
- Ja, welche und bei wem? _____

Allgemeine Daten:

Ihre Größe _____

Ihr Gewicht _____

Rauchen Sie? Ja Nein Häufig Gelegentlich

Alkoholkonsum Ja Nein Häufig Gelegentlich

Sind Veränderungen der Blutwerte bekannt? Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Wann zuletzt? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden/Bekanntem
- Telefonbuch / Telefonauskunft
- Zeitung
- Internet
- Arztkollegen
- Sonstiges

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

Name: _____ Geburtsdatum: _____

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.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- mein Hausarzt Rezepte an die Apotheke _____ übermittelt.

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 einem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

Unkel, den _____ Unterschrift Patient /-in _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patienten,

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: Claudia Ohly

Praxisname: Hausarztpraxis Unkel

Adresse: Frankfurterstr. 24, 53572 Unkel

Kontaktdaten: info@hausarztpraxis-unkel.de, Tel. 02224-9899359

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, Therapievorschlüsse 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 berechnete 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 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: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz,

Anschrift: Postfach 30 40 , 55020 Mainz

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.

Ihre Hausarztpraxis-Unkel

Unkel, den _____ Unterschrift Patient /-in _____