

1. *Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung*

Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist:

**HAUSÄRZTE AN DER FACHHOCHSCHULE
MUNSCH-GIERMANN, MUNSCH, SENF UND WEITERBILDUNGSASSISTENTEN
AM SONNENHANG 4, 38302 Wf TEL.: 053317038231**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 diese gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Labore/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 von 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 § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

5. *Ihre Rechte*

Sich 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: Ärztekammer Niedersachsen, Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover

6. *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 gerne an uns wenden.

Ich habe diese Einwilligungserklärung gelesen und verstanden; Kam lexuar dhe kuptuar këtë deklaratë pëlqimi (albanisch); I have read and understood this declaration of consent (englisch); J'ai lu et compris cette déclaration de consentement (französisch); Bu rıza bildirimini okudum ve anladım (türkisch); Ja razumem tekst i slažem se sa mojim potpisom (serbisch); (persisch) من این رضایت نامه را خوانده ام و درک (arabisch) لقد قرأت وفهمت إعلان الموافقة هذا کردم

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / ggf. ges. Betreuer/in

Erstellt am:	Bearbeitet am:		Rev.	Seite 2 von 2
--------------	----------------	--	------	---------------

Einwilligungserklärung

Für den Patienten

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. Bitte lesen hierzu auch die 2. Seite.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Mail _____

Telefonnummer _____ Faxnummer _____

Bei Minderjährigen, Name, Vorname der Eltern/Sorgeberechtigten Personen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen zur Optimierung der Behandlung:

Ja ☐ Nein ☐

versendet/weitergegeben werden dürfen.

Weiterhin willige ich ein, dass (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten, alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten an einen **von mir gewählten Dolmetscher** weitergegeben werden dürfen, der diese Informationen direkt an meine Person übersetzen kann. Dieser gewählte Dolmetscher darf auch telefonisch über die oben genannten Daten informiert werden, mit dem Zweck mir diese Informationen in meiner Sprache zu übersetzen.

Der von mir gewählte Dolmetscher heißt: _____
(Vorname, Name)_____
(Straße, Wohnort) Tel _____

- ☐ mein, für **mich zuständiger Familienhelfer/in** alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten erfahren darf um mit mir die Behandlung / Optimierung der Behandlung besprechen zu können.

Der/die von mir gewählte Familienhelfer/in heißt: _____
(Vorname, Name)_____
(Straße, Wohnort) Tel _____

- ☐ die von **mir gewählten Personen (wie Angehörige, Freunde)** alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten erfahren dürfen, um mit mir die Behandlung / Optimierung der Behandlung besprechen zu können.

Der von mir gewählte Angehörige heißt: _____
(Vorname, Name)_____
(Straße, Wohnort) Tel _____

Nachfolgend auf der nächsten Seite lesen Sie bitte die Datenschutzhinweise.

Erstellt am:	Bearbeitet am:	Freigabe durch:		Seite 1 von 2
--------------	----------------	-----------------	--	---------------



Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung des Patienten in die Verarbeitung personenbezogener Daten nach § 73 Abs.1bSGB V:

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Munsch-Giermann. Die genannte Praxis erfüllt durch diese Verarbeitung den Leistungsvertrag (Zweckbindung).

Ich entbinde zudem die Ärzte der Praxis Munsch-Giermann untereinander von der Schweigepflicht und stimme der Behandlung meiner Person durch alle Ärzte der Praxis Munsch-Giermann zu.

Sollte ich bereits Patient der Praxis Munsch-Giermann gewesen sein, stimme ich ausdrücklich zu, dass ALLE meine Daten an die Praxis Munsch-Giermann namentlich an die Ärzte der Praxis Am Sonnenhang 4; 38302 Wf, übermittelt werden.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern und für die Erbringung ihrer ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen dürfen. Dazu gehören: Identifikationsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, E-Mail- Adresse, Angehörige), Krankenkassen- und Versicherungsdaten, Abrechnungs- und Zahlungsdaten, Gesundheitsdaten (Diagnosen, Befunde, Behandlungsdaten, Röntgenaufnahmen, OP Berichte).

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an Dritte (u.a. Kostenträger, Fachärzte, Apotheken, Therapeuten, Pflegedienste) einverstanden, sofern dies im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erfolgt.	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Heilmittelverordnungen an die entsprechenden Stellen (Apotheken, Pflegedienste, Therapeuten) gefaxt werden	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde auf meinen Wunsch hin auch per Email (auch ungesichert) weitergegeben werden. E-Mail: _____	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, Bilder jeglicher bildgebender Art in die elektronische Karteikarte eingescannt u.gespeichert werden, sofern dies im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erfolgt.	<input type="checkbox"/>

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

_____, den _____ Unterschrift Patient oder Vertreter _____

Allergien

- ☐ Wespen-/Bienengift ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit
- ☐ Medikamente _____
- ☐ Lebensmittel _____
- ☐ Andere _____

Operationen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bauch (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat |
| <input type="checkbox"/> Gefäße | _____ | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (bitte erläutern) | _____ | <input type="checkbox"/> Andere |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

- ☐ Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- ☐ Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

Marcumar?

- ☐ Ja (bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor)
- ☐ Nein

Sonstige wichtige Informationen

Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung

- ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Lungenkrebs ☐ Sarkoidose
☐ Andere _____

Hauterkrankung

- ☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte ☐ Andere _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung

- ☐ Bluthochdruck ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Angeb. Herzfehler ☐ Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
☐ Andere _____

Neurologische Erkrankung

- ☐ Epilepsie ☐ MS ☐ Parkinson ☐ Demenz ☐ Depressionen ☐ Schizophrenie
☐ Andere _____

Stoffwechselerkrankung

- ☐ Diabetes ☐ Hohes Cholesterin ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Gicht
☐ Andere _____

Geschlechtskrankheiten

- ☐ HIV ☐ Syphilis ☐ Andere _____

Sonstiges

- ☐ Grüner Star ☐ Rheuma ☐ Chronische Hepatitis ☐ Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit
☐ Krebserkrankungen _____
☐ Leber-/Nierenerkrankungen _____
☐ Andere _____

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzstolpern | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen/-halten |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfälle | <input type="checkbox"/> Seelische/nervöse Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | | |

Operationen/Unfälle

- ☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Chronische Erkrankungen

- ☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Bekannte Allergien

- ☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

- ☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Dauermedikamente

(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

- ☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen inkl. Name und Dosierung)

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- ☐ Drogen Beginn: _____
☐ Alkohol Beginn: _____
☐ Zigaretten Beginn & Anzahl/Tag: _____

Impfpass vorhanden?

- ☐ Nein ☐ Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Soziale Anamnese

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Schüler/Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit | <input type="checkbox"/> Beschäftigt in Vollzeit | <input type="checkbox"/> Beschäftigt im Schichtdienst |
| <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> Beschäftigt in Teilzeit | |

Wohnsituation

- ☐ Alleine ☐ Mit Familie ☐ Betreutes Wohnen ☐ Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

- ☐ Nein ☐ Ja, _____

Schwerbehinderung

- ☐ Nein ☐ Ja, GdB in % _____

Durchgemachte schwere Erkrankungen

Letzter Check-up

- ☐ Allgemeinarzt, im Jahr: _____
☐ Hautarzt, im Jahr: _____
☐ Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr: _____

Sonstige Angaben

- ☐ Arm-/Beinprothese
☐ Stoma
☐ Herzschrittmacher
☐ Port
☐ Zahnprothese
☐ Hörhilfe
☐ Brille/Kontaktlinsen
☐ Shunt, wo? _____
☐ Sonstiges _____

Sonstige wichtige Informationen

Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne
an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Beruf _____

Telefon _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse) _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name / Fachrichtung / Adresse, falls bekannt) _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

☐ Ja, bei einem anderen Hausarzt _____

☐ Nein

Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

☐ Schmerzen
wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

☐ Übelkeit/Erbrechen

☐ Fieber

☐ andere akute Beschwerden

☐ andere akute Beschwerden, die ich erst
im Arztgespräch benennen möchte

☐ Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur

☐ Vorsorge ☐ Kontrolle ☐ Beratung

Kinderkrankheiten

☐ Masern
☐ Windpocken
☐ Röteln
☐ Ich weiß es nicht
☐ Sonstige _____

Ernährungsgewohnheiten

☐ Mischkost
☐ Vegetarisch
☐ Vegan
☐ Sonstige _____

Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne
an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Beruf _____

Telefon _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse) _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt) _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

☐ Ja, bei einem anderen Hausarzt _____

☐ Nein

Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

☐ Schmerzen
wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

☐ Übelkeit/Erbrechen

☐ Fieber

☐ andere akute Beschwerden

☐ andere akute Beschwerden, die ich erst
im Arztgespräch benennen möchte

☐ Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur

☐ Vorsorge ☐ Kontrolle ☐ Beratung

Kinderkrankheiten

☐ Masern

☐ Windpocken

☐ Röteln

☐ Ich weiß es nicht

☐ Sonstige _____

Ernährungsgewohnheiten

☐ Mischkost

☐ Vegetarisch

☐ Vegan

☐ Sonstige _____