

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist:

**HAUSÄRZTE AN DER FACHHOCHSCHULE
MUNSCH-GIERMANN, MUNSCH, SENF UND WEITERBILDUNGASSISTENTEN**
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, Therapievorschläge 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

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 habe 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 Paragraf 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 riza bildirimini okudum ve anladım (türkisch); Ja razumem tekst i slažem se sa mojim potpisom (serbisch); (persisch) لقد قرأت وفهمت إعلان الموافقة هذا (arabisch)

Ort, Datum _____

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

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, personenbezogen 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)

_____ Tel _____
(Straße, Wohnort)

mein, für **mir zuständiger Familienhelfer/in** alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogen 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)

_____ Tel _____
(Straße, Wohnort)

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

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

_____ Tel _____
(Straße, Wohnort)

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; 38302Wf , 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.	<input type="checkbox"/>
E-Mail: _____	
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 |
| <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> |
| | | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| | | <hr/> <hr/> <hr/> |

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

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

Marcumar?

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

Nein

Sonstige wichtige Informationen

Am Sonnenhang 4, 38302 Wolfenbüttel

05317038231 | 05317038232 | www.Praxis-Munsch.de

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 Herzkrankgefäßerkrankung (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

- Herzstolpern Häufige Infekte Menstruationsbeschwerden
 Blut im Urin Rückenschmerzen Probleme beim Wasserlassen/-halten
 Blut im Stuhl Verstopfung/Durchfälle Seelische/nervöse Beschwerden
 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
 Zahntechnik
 Hörhilfe
 Brille/Kontaktlinsen
 Shunt, wo? _____
 Sonstiges _____

Sonstige wichtige Informationen

Patientenverfügung vorhanden?

Nein Ja

Zusatzversichert für stat. Behandlung?

Nein Ja

Am Sonnenhang 4, 38302 Wolfenbüttel

 05317038231  05317038232 |  www.Praxis-Munsch.de

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)
- _____

- andere akute Beschwerden

- Übelkeit/Erbrechen
 Fieber

- 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 _____

Am Sonnenhang 4, 38302 Wolfenbüttel

05317038231 05317038232 | www.Praxis-Munsch.de

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)

andere akute Beschwerden

andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte

Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur

Vorsorge Kontrolle Beratung

Übelkeit/Erbrechen
 Fieber

Kinderkrankheiten

- Masern
 Windpocken
 Röteln
 Ich weiß es nicht
 Sonstige _____

Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost
 Vegetarisch
 Vegan
 Sonstige _____