



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben Sie das Recht zu erfahren, wer zu welchem Zweck Ihre Daten verarbeitet, wie Sie bei Bedarf dagegen vorgehen können und wer die Verantwortung für die Datenverarbeitung trägt.

VERANTWORTLICHE FÜR DIE DATENVERARBEITUNG UND DEN DATENSCHUTZ

Verantwortlich für die Datenverarbeitung Franziska Paroch
 Praxisname Hausarztpraxis Paroch, Zu den Kirchentannen 1, 17192 Waren (Müritz)
 Telefon 03991 6690500, E-Mail info@hausarzt-paroch.de

ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

- Die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten erfolgt im Rahmen 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. Diese Daten können Sie uns entweder selbst zur Verfügung stellen oder uns durch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, zur Verfügung stellen lassen (Arztbrief). Die Verarbeitung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Aus diesem Grund erlaubt uns auch ein Gesetz, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h der Europäischen Datenschutzgrund-Verordnung und Paragraph 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b Bundesdatenschutzgesetz, diese Daten zu verarbeiten, um Sie behandeln zu können.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Außer Ihrem behandelnden Arzt haben auch die Praxismitarbeiter, die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind, Zugriff auf Ihre Daten.

Darüber hinaus unterstützen uns externe Dienstleister, sogenannte Auftragsverarbeiter, bei der Wartung technischer Anlagen in der Praxis, die wir für Ihre Behandlung benötigen. Unsere Mitarbeiter und Dienstleister dürfen Ihre Daten nur nach unseren strengen Vorgaben verarbeiten und sind, wie auch Ihr behandelnder Arzt, gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und der damit verbundenen Pflichten kann es erforderlich sein, Ihre Daten an mitbehandelnde Ärzte / Psychotherapeuten und Labore oder



andere Gesundheitsdienstleister zu übermitteln. Insbesondere zur Abrechnung übermitteln wir Ihre Daten, soweit erforderlich, auch an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Die Fristen für die Aufbewahrung Ihrer Daten sind gesetzlich geregelt. Im Regelfall sind wir dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten noch 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Verarbeitung Ihrer Daten von uns Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung 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

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern
Lennéstraße 1, 19053 Schwerin; www.datenschutz-mv.de

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieser Patienteninformation und Ihr Einverständnis mit ihr durch Ihre Unterschrift und kreuzen Sie, wenn gewünscht, das folgende Kästchen an!

Ihr Praxisteam

Ich bin mit der Praxiskommunikation per Telefon, SMS oder E-Mail einverstanden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

.....
Name des Patienten in Druckbuchstaben

.....
Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen die eines Sorgeberechtigten)



ANAMNESEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre optimale Behandlung von großer Wichtigkeit. Deshalb bitte ich sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Bitte beachten sie auch die beigegebte Information zum Datenschutz.
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Privattelefon

.....
Mobiltelefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Größe in cm

.....
Gewicht in kg

.....
Beruf, Tätigkeit

Nächster Angehöriger

.....
Name, Vorname

.....
Telefon



WEGEN WELCHER KRANKHEIT WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Allergien

Medikamente Wenn ja, welche?

.....
 Heuschnupfen Wenn ja, welche Pollen?

.....
 Nahrungsmittel Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Bluterkrankungen

Blutarmut (Anämie) Blutungsneigung (Hämophilie)
 Thromboseneigung (Thrombophilie)

Herzerkrankungen

Herzstolpern (Rhythmusstörungen) Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzkranzgefäße / Herzinfarkt

Wenn ja, wann und wie viele?

Herzschrittmacher

Wenn ja, wann wurde dieser eingesetzt?

Herzklappenerkrankungen

Wenn ja, mit Operation?

Infektionskrankheiten

HIV AIDS COVID-19 Hepatitis A B C Tuberkulose



Gefäß- / Kreislauferkrankungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck (Hypotonie) |
| <input type="checkbox"/> Arterien (pAVK) | <input type="checkbox"/> Venen (Thrombose / Insuffizienz) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) | <input type="checkbox"/> Lymphödem |
| | <input type="checkbox"/> Lipödem |

Lungenerkrankungen

- Asthma COPD Lungenembolie

Magen- / Darmerkrankungen

- Colitis ulcerosa Morbus Chron Reizdarm

Nervenerkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Empfindungsstörung (Polyneuropathie) | |

Erkrankungen des Nieren- / Genitaltraktes

- Prostataerkrankung Nierenschwäche (Insuffizienz) häufige Blasenentzündung

Stoffwechselerkrankungen

- | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Typ1 | <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Typ 3 |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Überfunktion | <input type="checkbox"/> Unterfunktion | |

- Harnsäure (Hyperurikämie / Gicht)
 Vitaminmangel, welcher?
 Fettstoffwechsel
 Bauchspeicheldrüse (Pankreas)
 Lebererkrankungen, welche?

Erkrankungen der Muskeln, Gelenke und Knochen

- Rheuma Wirbelsäule / Bandscheiben
 Osteoporose Arthrose, welche Gelenke?
-

.....



Augenerkrankungen

- grauer Star (Katarakt) grüner Star (Glaukom) Blindheit

Psychische Erkrankungen

- Gedächtnisstörungen Schlafstörungen Angststörung
 Depression Psychose

Tumorerkrankungen

- Krebs / Metastasen, wenn ja welche?
-

Sonstige Erkrankungen

Angaben nur bei Frauen

- Menstruationsbeschwerden
 aktuelle Schwangerschaft, wenn ja welcher Monat?
Verhütungsmethode Pille Spirale andere, welche?

Weitere Angaben

Gab es Operationen oder Unfälle? Wenn ja, was und wann?

.....

Rauchen Sie? nein ja, wie viele am Tag aufgehört, wann

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich täglich 2 – 3x / Woche

Familienstand ledig verheiratet in einer Partnerschaft
 geschieden verwitwet

Angaben nur bei Kindern und Jugendlichen

- gemeinsames elterliches Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter



**WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄSSIG?
BITTE GEBEN SIE AUCH AUGENTROPFEN, SPRAYS, PFLANZLICHE MITTEL
UND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL AN!**

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, wenn möglich, vorher in der Praxis anzurufen. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes unterschrieben am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sollten Sie mehr Platz zum Schreiben benötigen, so können Sie auch die Rückseite dieses Blattes nutzen.

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen die eines Sorgeberechtigten)

