

Ute Sträter-Schnitker
Fachärztin für Allgemeinmedizin



Engelgarten 11
49324 Melle
Tel.: 05422 - 70 99 88 6
Fax: 05422 - 70 99 88 7

Liebe Patientin, lieber Patient,

da Sie heute unsere Praxis erstmalig aufsuchen, möchten wir Sie bitten, uns im Folgenden einige, für Ihre Behandlung wichtige Informationen (freiwillige Angaben) zu geben. Diese Daten werden Ihrer Patientendatei zugeordnet und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor- u. Zuname: _____ Geburtsdatum.: _____

Anschrift: _____

Tel. : _____ E-mail-Adresse: _____

Letzter Hausarzt: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber : _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? Wann?

Welche Erkrankungen haben Sie (z.B. Lungenerkrankung, Herzerkrankung, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Krampfleiden, Diabetes mellitus, Tumorerkrankung, Schilddrüsenerkrankung, Magen-Darm-Erkrankungen, Lebererkrankung, erhöhtes Cholesterin oder Harnsäure, Herzrhythmusstörungen, Krampfadern, Nierenerkrankung, Depression, Hauterkrankung, Schlafstörungen, Knochenkrankheiten, o.a.)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal eine Darm- oder Magenspiegelung? Wenn ja, wann und wo?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Trinken Sie regelm. Alkohol? _____

Haben Sie einen Pflegegrad (0-5)? _____ Haben Sie einen Behindertenausweis (GdB)? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht? _____

Haben Sie einen Impfausweis mit aktuellem Impfschutz? _____

Datum, _____

Unterschrift: _____

Vor- und Nachname: _____

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Sträter-Schnitker, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

2. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.
(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

Name, Vorname des Dritten eintragen	(ggf. Einschränkung)
Name, Vorname des Dritten eintragen	(ggf. Einschränkung)
Name, Vorname des Dritten eintragen	(ggf. Einschränkung)
Name, Vorname des Dritten eintragen	(ggf. Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Datum

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxis für Allgemeinmedizin Ute Sträter-Schnitker, Engelgarten 11, 49324 Melle, Tel.: 05422-7099886.

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 dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche 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 berechnigte 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 Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 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 Aufsichtsbehore 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 Aufsichtsbehore lautet: Landebeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Brühlstraße 9, 30169 Hannover, Telefon 0511-120450

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.

Ihr Praxisteam

Einwilligung des Patienten

Ich habe die obigen Regelungen zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter