

Anamnesebogen & Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie sich bei uns von Anfang an in guten Händen fühlen und wir uns so schnell wie möglich Ihrer Gesundheit widmen können.

Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie unterstützen, Ihren ersten Besuch in unserer Praxis gut vorzubereiten und Ihre Aufnahme gewissenhaft und gründlich durchzuführen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um unserem Anspruch einer voll umfassenden Beratung und Behandlung unserer Patienten gerecht werden zu können.

Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Angaben zu Ihrer Person:			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Beruf	
Straße & Hausnummer		PLZ & Wohnort	
Telefon/E-Mail			
Größe in cm		Gewicht in kg	
Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> nicht mehr, seit:		
Mitbehandelnde Ärzte		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
Teilnahme an DMP-Programm(en)?			
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Chron. obstrukt. Lungenerkrankung (COPD) <input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Weitere: _____			

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?					
Gesundheits-Check:		Krebsvorsorge Mann/Frau:			
Hautkrebsscreening:		Darmspiegelung:			
Stuhluntersuchung (IFOBT):		Screening auf Bauchaortenaneurysma:			
Bekannte Vorerkrankungen und OP's					
Vorerkrankungen: welche? (seit) wann?					
Wesentliche Operationen Welche? Wann? Wo?					
Medikamente					
<i>Wenn Sie einen ausgedruckten, aktuellen Medikamentenplan haben, legen Sie diesen bitte vor.</i>					
Name des Medikaments	Dosis	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Einwilligungserklärung zur Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Einholung von Patientendaten

1. Speicherung, Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen. Hierfür benötigen wir unter anderem Ihr Einverständnis für das Speichern Ihrer Patientendaten.

Mit der Auswahl einer der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular erteilen Sie unserer Praxis

**Internistische Hausarztpraxis Dr. med. Andreas Frisch,
Münchener Straße 33b, 91154 Roth**

die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen

2. Berechtigung(en) Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne(n) Angehörige(n) oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität (mittels Personalausweis) festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten	Umfang der Berechtigung
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Patientenservice (RECALL)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen). Wir melden uns hierzu telefonisch, per SMS (unverschlüsselt) oder per E-Mail (unverschlüsselt). Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.
- Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.

4. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters