

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns gut versorgt fühlen. Hierfür benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte. Damit ersparen Sie sich und uns wertvolle Zeit, und Sie ermöglichen es uns, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Diese Daten dienen nur dem internen Gebrauch.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf/aktuelle Arbeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Privatversicherung: \_\_\_\_\_

### Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern  ja/  nein

Mumps  ja/  nein

Röteln  ja/  nein

Scharlach  ja/  nein

Windpocken  ja/  nein

Keuchhusten  ja/  nein

### Welche Operationen hatten Sie bisher?

### Wann?


### Haben sie eine gynäkologische oder urologische (z.B. Nieren, Blase, Prostata) Erkrankung?

Welche: \_\_\_\_\_ seit wann?

Bei Frauen: Wie viele Schwangerschaften hatten \_\_\_\_\_ / Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

**Haben Sie neurologische (z.B. Epilepsie) oder psychische (z.B. Depressionen) Erkrankungen?** ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie bereits Tumore/ Krebs gehabt?** ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems?** (seit) wann?

Bluthochdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzmuskelschwäche	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
KHK	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Ballondilatation/ Stent/ Bypass	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzklappenfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Schlaganfall	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**... Erkrankungen der Lunge?**

Asthma bronchiale	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Chronische Bronchitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungenentzündung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungenembolie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungentuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**... Erkrankungen der Bauchorgane?**

Magen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Darm	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Leber	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Gallenblase	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Bauchspeicheldrüse	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Hämorrhoiden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**... Stoffwechselerkrankungen?**

Schilddrüse	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Gichtkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Sonstige?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**... Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen?**

Sportverletzungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Unfälle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Arthrose (Verschleiß)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Sonstige?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**... Augenerkrankungen?**

Glaukom	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Grauer Star	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Sonstige	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**Aktuelle Medikamente (inklusive Naturheilmitteln oder freikäuflichen Präparaten):**

<b>Medikament:</b>	<b>Einnahme:</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

**Leiden Sie an Allergien?  ja/  nein**

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gab oder gibt es in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) besondere/ wichtige Erkrankungen?**  
ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Brillenträger?  ja/  nein**

**Rauchen Sie?**

ja  nein falls ja, wie viele Zigaretten ca. pro Tag? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

ja  nein falls ja,  manchmal,  selten  häufig

**Haben Sie einen Impfpass?  ja/  nein**

**Sind bei Ihnen alle Impfungen vollständig, insbesondere gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) und Diphtherie?**  ja  nein  ich weiß nicht

**Wann und wogegen war Ihre letzte Impfung?** \_\_\_\_\_

**Wir erinnern Sie gern an wichtige Termine (z.B. Impfungen, Kontrolluntersuchungen, Gesundheitsvorsorge-/ Früherkennungsuntersuchungen).**

**Wünschen Sie in unseren Erinnerungsservice aufgenommen zu werden? Diesen Service können Sie jederzeit ohne Angeben von Gründen widerrufen.**

ja  nein

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Praxis Dr. Mader & Kollegen Hermann-Löns-Str.2a 30827 Garbsen

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Petra Mader

Praxisname: Praxis Mader & Kollegen

Adresse : Hermann-Löns-Str.2a 30827 Garbsen

Kontakt Daten : Telefon 05131/47 66 36 Fax 05131 476073 E Mail kontakt@praxis-mader.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Harald Mader RA-Micro Hannover

Anschrift: Walsroder Straße 305 30855 Langenhagen

Kontakt Daten: Telefon: 0511 973199 70 Fax 0511 97319979 E Mail H.Mader@ra-micro-hannover.de

## 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, 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 IHRER DATEN

Anamnesebogen Praxis Mader@Kollegen, EU Datenschutzerklärung, Informationsweitergabe

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 Paragraph 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 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:

Name: Barbara Thiel

Anschrift: Prinzenstrasse 5 30159 Hannover

Telefon: 0511/1204500

Fax: 0511/1204599

Email: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

Homepage: [www.lfd.niedersachsen.de](http://www.lfd.niedersachsen.de)

## 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 gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Datum:

Unterschrift:

**Danke für Ihre Angaben!**

# Einwilligungserklärung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	

## 1. 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.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der **Praxis Dr. Mader & Kollegen, Hermann-Löns-Str.2a, 30827 Garbsen** 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 Dritter

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

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

## 3. 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
------------	---