

Praxisdaten

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Patientenerklärung

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Patientendaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich möchte im aktuellen Kalendervierteljahr _____ (Angabe des Quartals) eine Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs (kolorektales Karzinom), in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen.

Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren haben einmalig Anspruch auf eine Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms.

Mir ist bekannt, dass die von mir gewählte Leistung von meiner Krankenkasse entsprechend oben genannter Bestimmungen nur einer Praxis und nur einmalig im Leben vergütet wird.

Ich wähle daher allein die oben genannte Praxis zur Durchführung dieser Leistung.

Ort, Datum

Unterschrift

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Allgemeinarztpraxis
Irina Lange und Elena Raile
Adresse: Hohlohstrasse 7, 76189 Karlsruhe
Telefon: 0721/ 96314464

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, Therapieempfehlungen 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 Krankenkassen, 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 berechnete 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 Röntgenaufzeichnungen 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 Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

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

Datum: _____

Unterschrift: _____

ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Telefon

ALLERGIEN

Medikamente: _____

Sonstige: _____

BLUTERKRANKUNGEN

Blutarmut (Anämie)

Blutungsneigung

hoher/ niedriger
Blutdruck

HERZERKRANKUNGEN

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

Herzstolpern (Arrhythmie)

Herzschwäche

Herzklappenerkrankung

INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV/ AIDS

Hepatitis A/ B/ C

Tuberkulose

GEFÄßERKRANKUNGEN

Venenerkrankungen

Thrombose

Arterienerkrankungen

Arterienverengungen/ Arterienverschlüsse

Ödeme

Lymphödeme

Lipödeme

LUNGENERKRANKUNGEN

Asthma bronchiale

COPD

Größe: _____ Gewicht: _____

MAGEN-/DARMERKRANKUNGEN:

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Krampfanfälle Migräne Sonstige: _____

ERKRANKUNGEN DES NIEREN-/ GENITALTRAKTES

Nierenerkrankungen/ Niereninsuffizienz Nierensteine
 Häufige Blasenentzündung Prostataerkrankung

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Angststörung Depression Psychose

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes mellitus (Zuckererkrankung): Typ I Typ II

Harnsäure (Gicht) Schilddrüsenerkrankung: _____

Fettstoffwechselstörung (Cholesterin/ Triglyceride)

ERKRANKUNGEN DER WIRBELSÄULE

HWS BWS LWS

Osteoporose

Operationen der Wirbelsäule: _____

GELENKERKRANKUNGEN

Schulter Hüfte Knie Sonstige _____

Operationen der Gelenke: _____

TUMORERKRANKUNGEN

Krebs/ Metastasen _____

SCHWANGERSCHAFT

aktuelle Schwangerschaft Schwangerschaftswoche/ Monat _____

WEITERE ANGABEN

Rauchen Sie? ja nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein

Sonstige Operationen/ Unfälle/ Angaben:

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
(ASS, Marcumar, Pradaxa, Eliquis, Xarelto)

Ort/ Datum

Unterschrift