



Neu-Patienten - Fragebogen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
PLZ, Ort		Straße, Hausnummer	
Telefonnummer		Mail (bitte leserlich)	
Krankenkasse		Beruf (<input type="checkbox"/> aktuell berentet)	

Bestehen chronische Erkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Diabetes, Nierenerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma) und wenn ja, welche?			
Bestehen Allergien (z.B. Medikamente, Kontrastmittel, Pollen, Lebensmittel) und wenn ja, welche?			
Wurden Sie schon einmal operiert, wenn ja woran?			
Haben Sie nächtliche Atemaussetzer/OSAS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
cPAP-Versorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> früher
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> früher
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Bitte hier eintragen oder Medikamentenplan abgeben)			

Schweigepflicht/Datenschutz

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt /überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

	Name	Ort der Praxis	Mit Befundbericht einverstanden
Hausarzt			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anderer Überweiser			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden. Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift (gesetzliche Vertretung)

Patienteninformation zum Datenschutz

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 sind die Praxisinhaberinnen.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG: Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihren Ärztinnen 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 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 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 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: Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern, Werderstraße 74a in 19055 Schwerin, E-Mail: info@datenschutz-mv.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.