

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten			
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum			
Telefon	E-Mail

Allgemeine Anamnese:

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen oder Ihrer Familie bekannt?

Ja Nein Familie

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankungen (z. B. grüner oder grauer Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychiosen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operationen / Unfälle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: |

Ja Nein

- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: Zigaretten am Tag
- Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: Gläser / Woche
- Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)
Wenn ja, wogegen:
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller?

Wie groß sind Sie: cm

Wieviel wiegen Sie kg

Besitzen Sie einen Impfausweis? Nein Ja

Wenn ja, bringen Sie diesen beim nächsten Besuch bitte mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikament	morgens	mittags	abends

Sozialanamnese:

Familienstand

Kinder

Beruf

Freizeitaktivitäten:

- Sport (welche Sportart?)
- andere

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Dr. med. Kezban Würfel

Fachärztin für Innere Medizin
- Hausärztliche Versorgung –
44623 Herne, Heinrichstr. 26
Tel.: 02323 52019, Fax: 988704

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrter Herr / Sehr geehrte Frau

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

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:

Praxis Dr. med. K. Würfel

Heinrichstr. 26, 44623 Herne

Tel.: 02323 52019, Fax: 02323 988704

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 Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rKV, Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie ÜBAG GbR und Laborgemeinschaft sein. Die Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie ÜBAG GbR und die Laborgemeinschaft leitet bei Bedarf Ihre personenbezogenen Daten zur Durchführung von Spezialanalytik auch an andere Auftragslaboratorien weiter. Befunde und die dazu notwendigen Daten werden von der Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie ÜBAG

GbR und der Laborgemeinschaft an mit- und weiterverhandelnde Ärzte telefonisch, elektronisch und per Fax übermittelt.

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 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Kavalleriestr. 2 – 4, 40213 Düsseldorf

Tel.: 0211 384240, Fax: 0211 3842410, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

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.

Soweit eine Abrechnung durch die PVS erfolgt, erhalten Sie zur Steigerung der Transparenz weitere Informationen zum Datenschutz durch die Praxis, die auch im Internet unter www.pvs-westfalen-sued.de/datenschutz/transparenzerklaerung abrufbar sind.

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient