



Anamnesebogen

Name: **Vorname:**.....

Geburtsdatum:..... **Versicherung:**.....

Anschrift:.....

Handy-Nr:..... **Beruf:**.....

E-Mail:.....

Aktuelle Beschwerden:.....

..... **Seit:**

Hausarzt: **Physiotherapeut:**

Allergien:.....

Blutverdünnende Medikamente:.....

Andere Medikamente:.....

Operationen / wann?:.....

Chronische Erkrankungen:.....

Größe:..... **Gewicht:**..... **Raucher:** ja / nein

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Name, Vorname : _____

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

Praxisnamen: Orthopädische Privatpraxis Dott. med. Klarholz-Pevere,
Zentrum für Fuß & Sprunggelenk Privatpraxis Dr. Böhr,
Kinderarztpraxis Dr.med. Susanne Schwidergall

Adresse: Goethestr. 26 A, Eingang Schillerstr., 14163 Berlin

Kontaktdaten: Tel: 030 - 622 01 766 und Tel: 030 - 343 959 47

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dott. med. Carola Klarholz-Pevere

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: s.o.

Anschrift: s.o.

Kontaktdaten: s.o.

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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psycho- und Physiotherapeuten, 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 / Psycho- und Physiotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und unsere privatärztliche Verrechnungsstellen (PAS und PVS) 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.

Alle Boxen sollen angekreuzt werden, sie können diese jederzeit widerrufen.

Darüber hinaus müssen alle Kooperationspartner, deren Dienstleistungen zur Erfüllung unsere Diagnostik und Therapie mit uns zusammenarbeiten, Patientendaten von Ihnen erhalten. Im Sinne Ihrer Gesundheit sind Rücksprachen mit kooperierenden Ärzten und Physiotherapeuten notwendig. ich stimme zu

Bei gezielter Diagnostik erhalten sie je eine gesonderte Datenschutzzustimmung (z.B. MRT). ich stimme zu

Wir arbeiten zusammen mit dem Labor Dr. Wisplinghoff für ihre Blutuntersuchungen. ich stimme zu

Wir arbeiten zusammen mit dem medizinischen Schreibdienst Sylke Baur. ich stimme zu

Zur Auftragsverarbeitung nutzen wir die IT- Betreuung der Gotthardt Informationssysteme und MdeRS Datentechnik, die sich im Rahmen Ihrer Verträge mit uns an das neue Datenschutzgesetz halten müssen. Durch notwendige technische Betreuung können Einsichten im Rahmen der Fernwartung in Patientendaten stattfinden. ich stimme zu

Unsere ärztlichen Privatpraxen Dott. med. Klarholz-Pevere, Dr. Böhr, Dr. Schwidergall arbeiten mit demselben Betriebssystem, daher sind ihre Daten für die Ärzteteams der Praxen einsehbar. So haben Sie immer einen Ansprechpartner. Selbstverständlich unterliegen alle Mitarbeiter der Schweigepflicht. ich stimme zu

Datum + Unterschrift

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:

Name: Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Friedrichstr. 219 in 10969 Berlin

Tel.: 030- 138890

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

Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin		Vorname*
geboren am		Nachname*
		Geburtsdatum*
		Straße, Nr.*
		PLZ, Ort*
<small>*nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen</small>		

Behandler (Praxisstempel)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG

Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0
Telefax 09081 2926-59
info@pas-hammerl.de

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



PAS DR. HAMMERL

Informationen für Patienten nach Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ausgesprochen wichtig. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten wir verarbeiten, steht Ihnen jederzeit unser Datenschutzbeauftragter zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG
Datenschutzbeauftragter
Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
Telefon 09081 2926-0
datenschutz@pas-hammerl.de

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Ihre PAS Dr. Hammerl



PAS DR. HAMMERL