Zentrum für Fuß und Sprunggelenk
Dr. med. Stefan Böhr
Dr. med. Robert Bunk
Dr. med. Jürgen K. Wied
Dr. med. Ricarda Conle
Goethestr. 26A
14163 Berlin-Zehlendorf

Anamnesebogen

Name: ……. Vorname: …….

Geburtsdatum: ……..

Anschrift:……..

Tel.Nr. /Handy: ……..

Versicherung:……Beihilfe Ja / Nein …….

E-Mail: ……

Beruf: ……..

Aktuelle Beschwerden: .....

..... Seit: .....

Allergien: ……..

Blutverdünnende Medikamente: …….

Medikamente:……

Operationen/wann?:……

……..

Chronische Erkrankungen:……

Diabetes: …….wenn Ja: Insulinpfl./Tablettenpfl.?:……..

Hausarzt: …… Physiotherapeut: ……..

Gewicht……Größe:……..

Zahnprobleme?/Knirschen?.....

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: Zentrum für Fuß & Sprunggelenk Privatpraxis Dr. Böhr

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

Kontaktdaten: Tel: 030 - 343 959 47 und Fax: 030 - 622 024 57

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Stefan Böhr

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, Therapievorschläge 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 berechtigte 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 Ärzte arbeiten alle mit demselben Betriebssystem, daher sind ihre Daten für das gesamte Ärzteteam der Praxis einsehbar. So haben Sie immer einen Ansprechpartner. Selbstverständlich unterliegen alle Mitarbeiter der Schweigepflicht. ◯ **ich stimme zu**

Auf meinen Wunsch hin dürfen meine med. Befunde per E-Mail **an meine E-Mail-Adresse** versendet werden. Ich bin informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die E-Mail mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail-Adresse und für die Überwachung der Korrespondenz. ◯ **ich stimme zu**

Auf meinen Wunsch hin dürfen meine med. Befunde **an andere medizinische Einrichtungen per E-Mail-Versand** übermittelt werden. Ich bin informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die E-Mail mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail-Adresse und für die Überwachung der Korrespondenz. ◯ **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

geboren am

Vorname*

Nachname*

Geburtsdatum*

Straße, Nr.*

PLZ/Ort*

Behandler (Praxisstempel)

VK

*nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährgen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

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 gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

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

PRIVATÄRZTLICHER ABRECHNUNGSSERVICE

PAS DR. HAMMERL

ORTHO-PEDE
Zentrum für
Fuß und Sprunggelenk

Vereinbarung zum Ausfallhonorar

Zwischen

Praxis ORTHO-PEDE, Zentrum für Fuß- & Sprunggelenk

Goethestrasse 26a

14163 Berlin

Und Herr / Frau

……

……..

(bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)

-nachfolgend Patient genannt-

Der Patient / die Patientin wird in der orthopädischen Praxis ORTHO-PEDE, Zentrum für Fuß- & Sprunggelenk behandelt. Die Arztpraxis arbeitet nach dem sogenannten Bestellsystem, das heißt die Arztpraxis reserviert für den Patienten / die Patientin die erforderliche Sprech- bzw. Behandlungszeit. Dazu sind verbindliche Terminvereinbarungen notwendig.

Aufgrund häufiger, nicht entschuldigter oder zu später Absagen von Sprechstunden- oder Behandlungsterminen in unserer Praxis vereinbaren die Parteien vorsorglich den Umgang dazu im Einzelnen wie folgt:

1. Der Patient / die Patientin wird darauf hingewiesen, dass die Arztpraxis in Bezug auf Sprechstunden und Behandlungen ausschließlich nach Terminvereinbarung arbeitet und darauf angewiesen ist diese Termine zur Sprechstunde / Untersuchung / Behandlung / Therapie langfristig zu planen. So sollen längere Wartezeiten für unsere Patienten vermieden werden und die Wirtschaftlichkeit der Praxis sichergestellt werden. Für die Untersuchung,

das Erstellen von Diagnosen und die Behandlung muss ein Arzt sowie eine oder mehrere medizinische Fachangestellte zur Verfügung stehen.

2. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, ist es in der Regel nicht möglich einen anderen Patienten im geplanten Zeitfenster zu behandeln.

3. Der Patient / die Patientin verpflichtet sich, Termine die aus von Ihm / Ihr zu vertretenden Gründen nicht wahrgenommen werden können, spätestens 24 h vor dem geplanten Termin rechtzeitig abzusagen - telefonisch oder per E-Mail.

4. Unterbleibt eine rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der Patient / die Patientin für den Ausfall des Termins ein Ausfallhonorar in Höhe von 50Euro zu bezahlen. Die Geltendmachung eines höheren Schadens bleibt vorbehalten.

5. Diese Regelung gilt auch dann, wenn der Termin zum Beispiel wegen unerwartet längerer Arbeitszeit, Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung, Verspätungen im öffentlichen Personennahverkehr oder Autopanne versäumt wird. Solche Risiken können nicht von unserer Praxis aufgefangen werden.

6. Bei unverschuldeter Verhinderung des Patienten kann eine Absage auch kurzfristig vor dem Behandlungstermin erfolgen. Der Verhinderungsgrund ist der Praxis nachzuweisen.

7. Es bleibt dem Patienten unbenommen nachzuweisen, dass tatsächlich ein geringerer Schaden entstanden ist. Sollte es uns gelingen einen zu kurzfristig abgesagten Termin anderweitig zu vergeben, wird selbstverständlich kein Ausfallhonorar fällig. Jedem Vertragspartner wurde ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt.

8. Der Patient / die Patientin wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen übernommen wird, sondern Er / Sie dies selbst bezahlen muss.

Berlin, _____ - _____ - _____

Unterschrift Patient / Patientin / gesetzlicher Vertreter