

Patienten-Einwilligung zur Datenerhebung mit Fragebogen

Praxis Dr. med. Mario Koopmann, Arzt, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Osterstr. 1, 46397 Bocholt, Telefon 02871/ 82 39, E-Mail: praxis@hno-koopmann.de.

Bitte Formular vollständig lesen und ALLE Felder ausfüllen!!!

Name, Vorname		Geb.-Datum
PLZ, Ort	Strasse, Nr.	
Telefonnummer	Versicherungsart: <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert	
Handy-Nummer	Name der Krankenkasse:	
Hausarzt/ Hausärztin		

1. Schweigepflicht/Datenschutz: Wir sind durch das Sozialgesetzbuch verpflichtet, Ihre Zustimmung zur Übermittlung, bzw. Anforderung Ihrer Befunde an/vom Ihrem/m Hausarzt/Hausärztin, anderen ärztlichen Kollegen einzuholen.

- Ich willige in die Erhebung, Dokumentation, Verarbeitung und Übermittlung meiner Behandlungsdaten und Befunden zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an: Krankenkassen, die/den überweisende/-n Ärztin/Arzt, die/den Hausärztin/Hausarzt, weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen, Apotheken, Laborzentren, Krankenhäusern, etc. ein. Hierzu zählt auch die Pflege der elektronischen Patientenkartei.
- Ich willige in die telefonische Kontaktaufnahme zu Terminvereinbarungen, Absagen von Terminen, Erinnerung und Befundbesprechungen ein.
- Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, so dass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausdrückliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird.

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre E-Mail-Adresse geändert hat.

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz:

- Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden.
- Ich bin mit der Zusendung meiner Privatrechnungen per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden.

E-Mail-Adresse:

Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte- sind mir bewusst und ich übernehme die volle Verantwortung.

- **Vollmacht**

Meine Rezepte, Verordnungen oder Befundberichte dürfen an folgende Personen ausgehändigt werden dürfen.

Name, Vorname:

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

2. Information und Widerrufbarkeit

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann
- mit der Folge, dass z. B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

Praxis Dr. med. Mario Koopmann, Arzt, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Osterstrasse 1, 46397 Bocholt, Telefon 02871/ 82 39, E-Mail: praxis@hno-koopmann.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen. Ich konnte die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ einsehen und sie wird mir auf Wunsch ausgehändigt.

Datum

X _____

Unterschrift

Anamnesebogen

Aktuell regelmäßig eingenommene Medikamente:

(sollten zukünftig Medikamente hinzukommen, informieren Sie uns bitte umgehend)

Erkrankungen:

- Bluthochdruck Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt Herzschrittmacher Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenknoten Schilddrüsenoperation Diabetes Typ 1 (Insulin)
- Diabetes Typ 2 Chronische Bronchitis COPD Asthma bronchiale Schlafapnoe- Syndrom
- Niereninsuffizienz Dialyse Epilepsie Schlaganfall Parkinson MS Polyneuropathie
- Reflux-Syndrom Hepatitis M. Crohn Colitis ulcerosa Thrombose Chemotherapie

Tumor-Erkrankungen: _____

Andere Erkrankungen: _____

(sollten zukünftig Erkrankungen hinzukommen, informieren Sie uns bitte umgehend)

Allergien:

Schwangerschaft:

Stillzeit:

Datum

X _____

Unterschrift