

Patienten- Fragebogen (Datenschutz und Aufnahme)

Name, Vorname		Geb.-Datum		
PLZ Ort		Strasse, Nr.		
Tel.1 (tags)		Tel.2		
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> kosten- erstattung	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Hausarzt				

1. Schweigepflicht/Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden,

dass durch die 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

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt
- weiterbehandelnde Ärzte
- Apotheken
- Sanitätsfachgeschäfte
- Laborzentrum Recklinghausen, Berghäuser Str. 295, 45659 Recklinghausen
- St. Agnes-Hospital Bocholt, Barloer Weg 125, 46397 Bocholt
- Institut für Pathologie, St. Agnes Hospital Bocholt, Barloer Weg 125, 46397 Bocholt
- Uniklinik-Münster HNO, Kardinal-von-Galen Ring 10, 48149 Münster
- Uniklinik-Essen HNO, Hufelandstr. 55, 45147 Essen
- weitere HNO-Fachkliniken
- die Auftragsdatenverarbeiter der Praxisverwaltungssoftware (Zollsoft GmbH)

weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Ggf. Rezepte/Verordnungen an **durch mich** autorisierte Personen gegen Vorlage einer schriftlichen Einverständniserklärung und gegen Vorlage eines gültigen Ausweises ausgehändigt werden dürfen.

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

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.



**Unterschrift des/ der Patienten/-in
(Sorgeberechtigte/r)**

BITTE WENDEN →

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 der Widerruf 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.



Unterschrift des/ der Patienten/ in
(Sorgeberechtigte/r)

Ort, Datum

>> Bitte beantworten Sie auch die nachstehenden Fragen >>

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

Tumorerkrankungen: _____ andere Erkrankungen: _____

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

Allergien:

Schwangerschaft:

Stillzeit: