

Name:

Geburtsdatum:

Erhebungsbogen für neue Patienten:

Sehr geehrte neue Patientin, sehr geehrter neuer Patient:

Wir bitten Sie den Fragebogen über Vorerkrankungen auszufüllen um uns eine korrekte Einschätzung Ihrer Krankengeschichte bilden zu können. Das Ausfüllen des Bogens erfolgt auf freiwilliger Basis. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Familienerkrankungen:

Herzinfarkt / Schlaganfall / Krebserkrankung / Diabetes mellitus / Bluthochdruck / Gicht / Gemütskrankungen

Wer? _____

Eigene Vorerkrankungen:

Kinderkrankheiten (Masern / Mumps / Röteln / Scharlach / Ringelröteln)

Frühere Operationen / Unfälle (Art? Alter?) _____

Stoffwechsel:

Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörungen / Gicht / Schilddrüsenerkrankungen

Kreislauf:

Bluthochdruck / niedriger Blutdruck / Herzrhythmusstörungen / Herzklappenerkrankungen / Herzkranzgefäße / Bewusstlosigkeit / Sonstige:

Lungenkrankheiten:

Tuberkulose / Asthma bronchiale / Lungenentzündung /

Sonstige: _____

Verdauungssystem:

Leber : Hepatitis / Gallensteine / Bauchspeicheldrüsenentzündung

Magen : Geschwüre / Tumore / Gastritis / Helicobacter / Darmentzündung / Colitis / Morbus-Crohn / Polypen

Niere und Geschlechtsorgane:

Nierensteine / Nierenbeckenentzündung / Blasensteine / Blasenentzündung / Nierenversagen /

Sonstige: _____

Gefäßerkrankungen:

Schlaganfall / Gehirnblutung / Thrombosen der Beinvenen / Durchblutungsstörungen Beine, Arme, Gehirngefäße / Sonstige : _____

Infektions-/Tropenkrankheiten (z.B. Malaria / Gelbfieber / Typhus): _____

Nervenerkrankungen : Lähmungen / Gehirnhautentzündung / Epilepsie:

Psychische oder Gemütskrankungen : Burn-out / Depression :

Name:

Geburtsdatum:

Allergien (Medikamente / Penicillin / Nahrungsmittel / Heuschnupfen / Neurodermitis) :

Welche Beschwerden haben Sie derzeit und wie lange bestehen diese schon?

Haben sie sonstige Beschwerden, eventuell chronisch?

Bestehen diese Beschwerden im Bereich Kopf, Hals, Nacken, Rücken, Bauch, Arme, Beine oder sonstiges?

Wie schlafen Sie? Können Sie durchschlafen?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig und wie oft täglich?

Regelmäßiger Konsum von Nikotin? Pro Tag : _____

- täglich
- selten
- nie

Regelmäßiger Konsum von Alkohol? Pro Tag : _____

- täglich
- gelegentlich
- selten
- nie

Welche Berufsausbildung haben Sie? _____

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

Wie ist Ihr Familienstand? _____

Haben Sie Kinder, wenn ja wie viele und wie alt? _____

Sind bei Ihnen Schnarchen oder Atempausen aufgefallen? _____

Leiden Sie unter Atemstörungen, Atemnot oder chronischen Husten?

Brustkorbeschwerden? _____

Haben Sie Verdauungsbeschwerden, Sodbrennen oder Auffälligkeiten beim Stuhlgang?

Probleme mit Harn- oder Sexualorganen? _____

Beschwerden im Bereich der Haut? Veränderungen? _____

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Peter Maier

Internist

Dr. med. Heiko Weerda

FA für Allgemeinmedizin



Gritschstr. 15
85276 Pfaffenhofen
Tel. 08441 – 789750
Fax. 08441 – 7897520
Rezepte: 08441 – 7897510
www.praxis-maier-weerda.de

Pfaffenhofen, \${#dat}

Einverständnis zum Einholen alter Befunde / Arztbriefe

Herr/Frau _____, **geb.** _____

Wohnh.: _____

Hiermit ermächtige ich die Gemeinschaftspraxis Drs. Maier / Weerda meine Befunde,

Arztbriefe und Impfunterlagen bei der Praxis _____
anzufordern

Ich bitte insbesondere um Zusendung folgender Unterlagen:

Ausdruck/Kopie der Dauerdiagnosen

Ausdruck/Kopie der wichtigsten Arztbriefe/Facharztbriefe/Krankenhausentlassbriefe

Ausdruck/Kopie möglichst aller durchgeführten Impfungen aus den medizinischen Daten

Ausdruck/Kopie der jüngsten Laborbefunde und auch wichtiger älterer Laborbefunde wie z.B. TSH, PSA,
Tumormarker

Eine Kopie des letzten bei Ihnen durchgeführten EKGs

(Unterschrift Patient / in)

**Einverständniserklärung des Patienten
zur Übermittlung und Anforderung von Behandlungsdaten und Befunden**

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis

Drs. Peter Maier und Heiko Weerda

Nicht zutreffendes bitte streichen:

- meinem behandelnden Facharzt,
- meinem überweisenden Arzt,
- mit- oder weiterbehandelnden Ärzten oder Therapeuten, Apotheken, Sanitätsfachhäuser
- meiner Krankenkasse oder Privatversicherung
- dem Versorgungsamt,
- dem Rentenversicherungsträger sowie
- der Berufsgenossenschaft
- Angehörige: _____

- Sonstige Personen: _____

bei Bedarf Behandlungsdaten und Befunde zur Verfügung stellt und diese von den jeweiligen Stellen zur Dokumentation oder weiteren Behandlung verwendet werden und/oder von den oben genannten Stellen Befunde bzw. Behandlungsdaten anfordern darf.

Ich bin einverstanden von der Praxis an fällige Impftermine, Gesundheits-Checks oder ähnlich wiederkehrende medizinische Untersuchungen erinnert zu werden.

Gleichzeitig entbinde ich o.g. Praxis von der Schweigepflicht für die Übermittlung der oben genannten und angekreuzten Daten bzw. Unterlagen an die im Zweck genannten Stellen.

Erteilung der Schweigepflichtentbindung:

Ja Nein

Dieses Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen. (siehe Datenschutzerklärung Rückseite)

Nur für Selbstzahler oder Privatpatienten:

Sofern ich Selbstzahler oder Privatpatient bin, bin ich damit einverstanden, dass die zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderung(en) aus der Behandlung erforderlichen Daten, insbesondere aus der Patientenkartei (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten und -verläufe, Diagnosen und Leistungsziffern), die

**Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung dgpar GmbH (DGPAR)
Mainzer Str. 97, 65189 Wiesbaden**

übermittelt und dort verarbeitet werden. Zweck der Verarbeitung der Daten bei der Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung GmbH (DGPAR) sind ausschließlich die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung(en) aus der Behandlung. Der/die Patient/in entbindet den behandelnden Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht. Die DGPAR ist gesetzlich zur Geheimhaltung verpflichtet. Die ausführliche Datenschutzerklärung liegt im Wartezimmer aus, wird auf Wunsch gerne ausgehändigt und habe ich mit meiner Unterschrift zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich für die Zukunft widerrufen werden kann.

Erteilung der Einwilligung für die Übermittlung an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung GmbH:

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Aushändigung von Behandlungsdaten an Dritte

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auch darauf hinweisen, dass die Aushändigung Ihrer Behandlungsdaten an Dritte (auch Ehegatten oder nahe Verwandte) nur erfolgen kann wenn uns hierfür die obenstehende schriftliche Einverständniserklärung vorliegt. Sollten Sie also Dritte z.B. mit der Abholung von Befunden beauftragen, notieren Sie den Namen oben unter Angehörige/sonstige Personen. Danke.

Informationspflichten bei einer Erhebung von Daten bei der betroffenen Person nach Art. 13 DSGVO für Patientinnen und Patienten

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Verantwortlich für die Datenerhebung ist:

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Peter Maier und Dr. med. Heiko Weerda

Gritschstr. 15, 85276 Pfaffenhofen

Tel.: 08441 – 804888

Email: praxis@praxis-maier-weerda.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

DataCo GmbH

Dachauer Str. 65, 80335 München

Tel.: +49 89 7400 458 40

Email: datenschutz@dataguard.de

3. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Zwecke der Verarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen:

- | | | | |
|--------------------|--------------------|------------------------------|------------------|
| • Anamnesen | • Diagnosen | • Therapievorschläge | • Befunde |
|--------------------|--------------------|------------------------------|------------------|

Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, 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.

Ansonsten erfolgt die Verarbeitung nur, sofern Sie (zusätzlich) eingewilligt haben

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Liegt eine Einwilligung vor, richtet sich die Rechtsgrundlage nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger sind insbesondere:

- | | | |
|---|---|-----------------|
| • Andere Ärzte/Therapeuten | • Kassenarztliche Vereinigungen | • Krankenkassen |
| • Privatarztliche Verrechnungsstellen | • Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) | |

Die Übermittlung erfolgt grundsätzlich zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

5. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Falls dies zutrifft, informieren Sie uns bitte darüber, dann erhalten Sie einen entsprechenden Passus – ansonsten: Es findet keine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation statt.

6. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist bzw. wir aufgrund rechtlicher Vorgaben dazu verpflichtet sind. Die Aufbewahrungsfrist arztlicher Unterlagen ist regelmäßig 10 Jahre, allerdings können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, bspw. müssen Röntgenbilder 30 Jahre aufbewahrt werden.

7. Betroffenenrechte nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht **Auskunft** seitens des Verantwortlichen über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf **Berichtigung** zu (Art 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die **Löschung** oder **Einschränkung** der Verarbeitung verlangen sowie **Widerspruch** gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf **Datenübertragbarkeit** zu (Art. 20 DSGVO).

Weiterhin besteht ein **Beschwerderecht** bei einer Aufsichtsbehore (Art. 77 DSGVO).

Eine Liste der Aufsichtsbehoren finden Sie unter: https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links_node.html

8. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie der Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

9. Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag.

Der Verantwortliche benötigt Ihre Daten, um eine angemessene Behandlung vornehmen zu können. Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, kann der Behandlungsvertrag mit Ihnen nicht abgeschlossen werden.

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Peter Maier

Internist

Dr. med. Heiko Weerda

FA für Allgemeinmedizin



Gritschstr. 15
85276 Pfaffenhofen
Tel. 08441 – 789750
Fax. 08441 – 7897520
Rezepte: 08441 – 7897510
www.praxis-maier-weerda.de

Pfaffenhofen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um Ihnen bei dem Besuch der Praxis eine möglichst geringe Wartezeit ermöglichen zu können haben wir ein Terminvergabesystem.

Bitte achten Sie auf die Einhaltung der vergebenen Termine.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie bis spätestens 24 Stunden vor dem eigentlichen Termin diesen abzusagen.

Bei kürzerer Absagefrist oder nicht wahrgenommenen Terminen ohne den Termin zu stornieren sehen wir uns leider gezwungen eine Ausfallgebühr für den reservierten Termin zu erheben.

Dieser beträgt im Allgemein 50,-- Euro für gesetzlich versicherte Patienten bzw. entsprechend der geplanten Untersuchung bei privat versicherten Patienten mit 1,0 fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte.

Des Weiteren möchten wir Ihnen auf diesem Wege unser Rezepttelefon vorstellen. Wenn Sie in Zukunft Rezepte oder Überweisungen von uns benötigen, bitten wir Sie unter 08441 7897510 anzurufen, Ihren Namen, Geburtsdatum und Name des Medikamentes bzw. den Überweisungswunsch auf den Anrufbeantworter zu sprechen und wir bereiten das Rezept bis zum nächsten Werktag 10 Uhr vor.

(Dr. med. P. Maier)

(Dr. med. S. Morawietz)

(Dr. med. H. Weerda)