



## Patientenaufnahmebogen

<b>Nachname, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Postleitzahl/Stadt:</b>	

<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Email-Adresse:</b>	

<b>Hausarzt:</b>	
------------------	--

<b>Vorstellungsgrund:</b>	
<b>Größe:</b>	
<b>Gewicht:</b>	
<b>Nikotinkonsum:</b>	
<b>Alkoholkonsum:</b>	

<b>Seit wann haben sie Diabetes?</b>	
<b>Haben Sie eine familiäre Vorbelastung?</b>	
<b>Letzter Augenarztbesuch?</b>	

<b>Welche Medikamente nehmen Sie ein?</b>	
---	--

<b>Haben Sie Allergien?</b>	
-----------------------------	--

## Datenschutzeinwilligung DSGVO

<b>Nachname, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt,

Dr. med. Michael Grubmüller  
Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Harderstraße 12, 85049 Ingolstadt

die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch ihn durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt, sowie meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

Des Weiteren wurde ich darüber informiert, dass meine Daten aus der aktuellen Behandlung in die elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden können.

Grundsätzlich kann bei Benutzung US-amerikanischer Cloud-Systeme (z.B. Medtronic: CareLink CloudMinimed 640 G, 670 G, 770 G, Abbott: Libre View Cloud - Freestyle Libre, Dexcom-Clarity Cloud -Dexcom G6/7, Eversense.com - Eversense CGMS, Diasend - alle Systeme, SiDiary - alle Systeme, etc.) nicht ausgeschlossen werden, dass ein Zugriff auf die in der Cloud gespeicherten Daten durch den US-amerikanischen Nachrichtendienst erfolgt, auch wenn sich die Server in der EU befinden. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Datenverarbeitung mit der Auslesesoftware und ggf. einer damit verbundenen Datenspeicherung ein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann und mir aus der Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen. Zudem bestätige ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz gem. Art.13 DSGVO einsehen konnte.

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

### Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme

Über den erfolgten Praxisübergang zum 01.01.2025 von Dr. med. Michael Lange an Dr. med. Michael Grubmüller wurde ich hiermit informiert. Eine Einsichtnahme in meine bisher durch Dr. med. Michael Lange geführten Patientenunterlagen durch Dr. Michael Grubmüller und seinen Mitarbeitern stimme ich hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu. Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_