

# Patienten – Information Praxis Dr. Streit/Dr. Göderer

## Datenschutz – Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen !

Damit wir bei Ihnen die notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Diese Daten werden von uns elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass dies nach §§ 4 Abs. 1 und 28 Abs. 7 des Bundesdatenschutzgesetzes grundsätzlich auch ohne Einwilligung der betroffenen Person zulässig ist, wenn – wie vorliegend – die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung erforderlich ist.

Hiervon ausgehend bedarf es daher nicht einer ausdrücklichen Einwilligung Ihrerseits in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis. Dennoch möchten wir Sie über die maßgeblichen Hintergründe informieren. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen selbstverständlich nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern für das gesamte Praxispersonal.

Unabhängig davon bedarf es jedoch im Hinblick auf die Korrespondenz (z.B. Arztbrief) mit Ihrem Hausarzt oder – soweit erforderlich – anderen Ärzten, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Information untereinander ist bei der Behandlung durch mehrere Ärzte wichtig und sinnvoll und dient auch der Vermeidung überflüssiger Doppeluntersuchungen. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

### **1. Einwilligungserklärung :**

Ich \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

erkläre mich damit einverstanden, daß die Praxis Dr. Streit/Göderer die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde ( z.B. Anamnese, Laborwerte, Ergebnisse meßtechnischer und bildgebender Verfahren ) an meinen Hausarzt Dr.

\_\_\_\_\_ zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung nach § 73 Abs. 1b Satz 2 1. Halbsatz des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) übermittelt.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Streit/Göderer die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gem. § 73 Abs. 1b Satz 2. Halbsatz SGB V erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis Dr. Streit/Göderer die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem die Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten oder Rezepte weitergegeben werden :

Name : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

**Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.**

----- ( Datum , Unterschrift )

**bitte wenden !**

## **2. Anamnese**

Um einen Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen, bitte ich Sie folgende Fragen möglichst genau auszufüllen.

### **A. Erkrankungen**

☐ Bluthochdruck                      ☐ Herzrhythmusstörung                      ☐ Diabetes                      ☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ „Krebs“ – Erkrankung : \_\_\_\_\_

☐ Allergien : \_\_\_\_\_

☐ sonstige chron. Erkrankungen : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **B. Medikamente**

☐ Blutverdünnende Med. (z.B. Marcumar) : \_\_\_\_\_

☐ Blutdruckmedik. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ sonstige Medik. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **C. Hilfsmittel**

☐ Herzschrittmacher                      ☐ Hörgerät                      ☐ sonstiges :

### **D. Sonstiges**

☐ Nikotin                      ☐ Alkohol

☐ Berufserkrankung : \_\_\_\_\_

☐ Grad der Behinderung (GdB) : \_\_\_\_\_

☐ stationäre Krankenhauszusatzversicherung :                      ja ☐                      nein ☐

## **3. Optional bei Operationen ( zutreffendes bitte ankreuzen ! )**

☐ Hiermit **bestätige** ich die Aushändigung des Patientenmerkblattes zur Zweitmeinung vor bestimmten Operationen.

☐ Hiermit **lehne** ich nach Aufklärung eine Zweitmeinung zur Operation **ab**.

\_\_\_\_\_

( Datum / Unterschrift )