

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis.**

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse

Wir, das Praxisteam, möchten Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Außerdem müssen wir bürokratische und gesetzliche Vorgaben erfüllen.

Das Beantworten der nachfolgenden Fragen ist freiwillig (Zutreffendes bitte ankreuzen).

***Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen auch alle Mitarbeiter.***

---

E-Mail-Adresse

---

Telefon-Nummer

---

Ausgeübter Beruf

Pflegegrad?      nein      ja      Grad\_\_\_\_\_

Behinderung?      nein      ja      \_\_\_\_\_%

Patientenverfügung vorhanden?      nein      ja

Vorsorgevollmacht vorhanden?      nein      ja

### Angaben zur Gesundheit

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

Hatten Sie früher oder leiden Sie derzeit an einer der folgenden Erkrankungen

	<u>nein</u>	<u>ja</u>	<u>Welche?</u>
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüsenstörungen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?     nein     ja, welche

---

Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien gegenüber Medikamenten, Nahrungsmitteln oder andere Allergien?

nein                       ja, welche \_\_\_\_\_

Besteht eine Blutungsneigung?     nein     ja

---

Ort/Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

**E M P F A N G S B E S T Ä T I G U N G**  
ZUR DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG  
DSGVO

Ich

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse

bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Patientenaufklärung von 2 Seiten zur Datenschutz-Grundverordnung DSGVO heute persönlich in der Praxis erhalten habe.

---

Ort/Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

***Hinweis: Für anderes als die anschließende medizinische Behandlung darf mein behandelnder Arzt meine Untersuchungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.***

**E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G**  
ZUR ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN  
gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt zu führenden Dokumentationen und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelten Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein bisheriger Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort/Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

**Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.**

**E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G**  
Z U R E R H E B U N G / Ü B E R M I T T L U N G  
V O N P A T I E N T E N D A T E N  
gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse

erkläre mich einverstanden, dass Frau Andrea Montag  
- Hausarztpraxis Reichswaisenhausstr.4 in 91126 Schwabach -  
meine schriftlichen wie digitalen Befundberichte und Patientenaufzeichnungen ab  
01.01.2018 zum Zweck der weiteren Behandlung einsehen darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die  
Zukunft widerrufen kann.

---

Ort/Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

***Hinweis: Für anderes als die anschließende medizinische Behandlung darf mein behandelnder Arzt meine Untersuchungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.***

## EINWILLIGUNG

### ***Datenübermittlung per E-Mail und per Fax nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO***

Mir

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Adresse

---

E-Mail-Adresse

ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) oder per Fax in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich hiermit der Hausarztpraxis Andrea Montag in Schwabach ausdrücklich die Erlaubnis Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail oder per Fax ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an nachbehandelnde Ärzte, Verrechnungsstellen oder andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen.

Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

**Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an praxis@praxis-montag-sc.de oder per Fax an 09122-879964 übermittelt werden kann.**

---

Ort/Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzlicher Vertreter

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

**Hausarztpraxis Andrea Montag**

**Reichswaisenhausstr. 4**

**91126 Schwabach**

**Telefon: 09122-3190**

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter den oben genannten Kontaktdaten.

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, 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.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht

Promenade 27

91522 Ansbach

Tel.: 0981-53-1300

Fax: 0981-53-981300

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**Ihr Praxisteam der Hausarztpraxis Montag**