

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname
Geburtsdatum Familienstand
Straße Wohnort
Telefon / Mobil /
Beruf

KÖRPERANGABEN

Größe cm Ich treibe Sport Nein Ja, und zwar
Gewicht kg Ich rauche Nein Ja, seit pro Tag
Ich ernähre mich gemischt vegetarisch vegan

ANGABEN ZU VORERKRANKUNGEN

Meine aktuellen Beschwerden sind:

Meine Vorerkrankungen und zurückliegende Operationen:

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein Nein Ja, und zwar

Ich bin in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung Nein Ja, und zwar

Ich habe Allergien Nein Ja, und zwar

ANGABEN ZU IMPFUNGEN

Mein Impfstatus ist auf dem aktuellen Stand Nein Ja weiß nicht

Ich habe einen Impfpass Nein Ja

ANGABEN ZUR FAMILIE

In meiner Familie (Eltern, Geschwister) sind folgende Erkrankungen bekannt: (z.B: Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes, Nierenerkrankungen, Lungenerkrankungen, Thrombosen/Lungenembolien, Allergien, Schilddrüsenerkrankungen)

Vater Mutter
Geschwister

Ich möchte ausschließlich diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL), die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/
Erziehungsberechtigten

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

FÜR DEN PATIENTEN

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.

Name Vorname
Geburtsdatum Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen zur Optimierung der Behandlung **per Fax** versendet werden dürfen.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen zur Optimierung der Behandlung **per Mail** versendet werden dürfen.

Ja Nein

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/
Erziehungsberechtigten

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Praxis Rahlstedt, Dr. med. Malte Jessen, Joachim Kurzbach
Rahlstedter Bahnhofstraße 25, 22143 Hamburg
Fon.: 040-6773229, Mail: anmeldung@praxis-rahlstedt.de

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, Therapievorschläge 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/Labore/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, 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 berechnete 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 Paragraf 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: Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122b, 22083 Hamburg

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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