Privatarztpraxis
Magnus Stein
Neversstr.5
56068 Koblenz
0261 – 12741

magnus stein

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, Datum:

bitte geben Sie uns Ihre Personalien an und beantworten die nachstehenden Gesundheitsfragen.

Name: _____Vorname:_____ geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____Fax: _____ E-Mail: _____

Name der Krankenversicherung:
Privatversicherung: O Standardtarif O Basistarif O Studentisch versichert

O gesetzlich versichert O private Zusatzversicherung
Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg O weiblich O männlich O divers

Hausarzt:

Bitte teilen Sie uns Ihr Anliegen mit:

Eigenanamnese: **Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?**

Ja	Nein	
O	O	Bluthochdruck
O	O	Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt
O	O	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)
O	O	Schlaganfall
O	O	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
O	O	Diabetes mellitus/Stoffwechselstörung
O	O	Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte)
O	O	Tumorerkrankungen
O	O	Chronische Infektionskrankheiten
O	O	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
O	O	Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc o.a.)
O	O	Thrombose oder Lungenembolie
O	O	Blutgerinnungsstörung
O	O	Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
O	O	Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)
O	O	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen
O	O	Schilddrüsenerkrankung
O	O	Hauterkrankung
O	O	Gicht
O	O	Darmerkrankungen
O	O	Allergien
		Wenn ja, welche?
O	O	Bestehende Erkrankung?
		Sonstiges:

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Für Patientinnen: Sind sie schwanger? O Nein O Ja
Geburten? O Nein O Ja Wann?

Privatarztpraxis
Magnus Stein
Neversstr.5
56068 Koblenz
0261 – 12741

magnus stein

Vegetative Anamnese:

Appetitlosigkeit	O Nein	O Ja	
Schmerzen	O Nein	O Ja	
Erschöpfung	O Nein	O Ja	
Antriebslosigkeit	O Nein	O Ja	
Konzentrationsschwäche	O Nein	O Ja	
Schlafstörungen	O Nein	O Ja	
Nachtschweiß	O Nein	O Ja	
Stuhlgang:	O normal	O Verstopfung	O vermehrt
	O Durchfall	O mit Blut	O mit Schleim
Wasserlassen:	O Normal	O häufiges Wasserlassen	
	O mit Schmerzen	O nachts > 1mal	
Durst	O Normal	O vermindert	O erhöht
Appetit	O Normal	O vermindert	O erhöht
Gewichtsveränderung:	O Keine	O Zunahme _____ kg in _____ Monaten	
		O Abnahme _____ kg in _____ Monaten	

Ihre Gewohnheiten:

Rauchen Sie?	O Nein	O Ja	Wie viele Zigaretten tägl.? _____ seit? _____
Trinken Sie Alkohol?	O Nein	O Ja	O gelegentlich
Haben Sie viel Stress?	O Nein	O Ja	
Schlafen Sie genügend?	O Nein	O Ja	
Treiben Sie Sport?	O Nein	O Ja	

Familienanamnese:

			Wer?
Herzerkrankungen	O Nein	O Ja	
Bluthochdruck	O Nein	O Ja	
Schlaganfälle	O Nein	O Ja	
Diabetes mellitus	O Nein	O Ja	
Stoffwechselstörung	O Nein	O Ja	
Rücken-/ Gelenkerkrankung	O Nein	O Ja	
Rheuma	O Nein	O Ja	
Hauterkrankungen	O Nein	O Ja	
Krebserkrankungen	O Nein	O Ja	
Übergewicht	O Nein	O Ja	

Sonstiges _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche, wie oft?

Hatten Sie Krankenhausaufenthalte/ Operationen/ Unfälle O Nein O Ja Wann?

Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung?

Privatarztpraxis
Magnus Stein
Neversstr.5
56068 Koblenz
0261 – 12741

magnus stein

Allgemeine Fragen:

In unserer Praxis bieten wir ein erweitertes, qualifiziertes Therapiespektrum an.
Sind Sie interessiert an:

Akupunktur	O Ja	O Nein
Homöopathischer Behandlung	O Ja	O Nein
Bioresonanzbehandlung	O Ja	O Nein
Raucherentwöhnung	O Ja	O Nein
Eigenbluttherapie	O Ja	O Nein
Infusionstherapien, Vitaminkur / Aufbau/Entgiftung	O Ja	O Nein
Magnetfeldtherapie	O Ja	O Nein
Gewichtsmanagement	O Ja	O Nein

Sind Sie mit einer Übermittlung Ihrer Befunde einverstanden?

per FAX O Ja O Nein
per Post O Ja O Nein
per Email O Ja O Nein
(s. Wichtige Informationen)

Sind Sie mit einer Terminerinnerung einverstanden?

O Telefon O SMS O Email O Post O Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? O Google O Jameda O Sanego O Facebook

O Zeitung O Das Örtliche O PlusPatient O Auf Empfehlung von:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Magnus Stein und Praxisteam

Bitte beachten Sie, dass wir nicht eingehaltene Termine, welche nicht wenigstens 24 Stunden vorher abgesagt werden, je nach Aufwand mit 80,00€ - 120,00€ in Rechnung stellen.

Wichtige Informationen/ Einverständnis:

Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegenspricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschrift (Pat./ gesetzl.Vertreter) _____

Privatarztpraxis
Magnus Stein
Neversstr.5
56068 Koblenz
0261 – 12741

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:
Praxisname: Privatarztpraxis Magnus Stein
Adresse: Neversstraße 5, 56068 Koblenz
Kontaktdaten: 0261/12741

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 / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Unfallkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Konkret arbeiten wir hier mit der PVS Limburg/ Lahn zusammen (Hinweis: siehe hierzu die gesonderte Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und Datenschutzhinweise auf www.pvs–Limburg.de sowie unsere Auslage im Wartezimmer). 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 berechtigte 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:
Landesbeauftragte für den Datenschutz Rheinland-Pfalz
Postfach3040 55020 Mainz
poststelle@datenschutz.rlp.de

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 gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam Magnus Stein

Privatarztpraxis
Magnus Stein
Neversstr.5
56068 Koblenz
0261 – 12741

Einverständniserklärung des Patienten

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten und Befunden, gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

- Weiterleitung von angeforderten Befunden an den mitbehandelnden Arzt
- zur Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen
- Weiterleitung/Abholung von Befunden durch bevollmächtigte Personen
- zur Übermittlung von Befunden o.ä. mittels Email oder Fax

Durch den Patienten auszufüllen! Bitte kreuzen Sie alle Fragen mit **Ja** oder **Nein** an.

Hiermit erkläre ich mich

_____, _____ einverstanden,

Vorname, Name Geburtsdatum

- dass die Praxis Magnus Stein, Neversstr.5, 56068 Koblenz, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Krankenhaus, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an das Praxisteam Magnus Stein weiterzuleiten. Diese Informationen darf das Praxisteam nur zur Dokumentation und zu weiteren Behandlungen verwenden.

  O Ja O Nein

- dass die Praxis Magnus Stein angeforderte Befunde an den mitbehandelnden Arzt oder Krankenhaus weiterleiten darf.
  - O Ja O Nein
- mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen durch die folgende bevollmächtige Person:

  _____

  Name, Vorname, Geburtsdatum (weitere Personen bitte auf der Rückseite eintragen)

  O Ja O Nein

- dass auf meinen Wunsch hin, die Anforderung/ Übermittlung von Befunden per Email an folgende E-Mailadresse _____der per Fax an folgende Faxnummer_____ erfolgen kann. Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die E-Mail/ das Fax mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail und Emailadresse und für die Überwachung der Korrespondenz.
  Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegenspricht.
  Ich bin dennoch bei Bedarf (bei Anforderung durch den Patienten) mit der Übermittlung einverstanden.

  O Ja O Nein

- Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Praxis ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
  - O Ja O Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die datenschutzrechtlichen Praxisinformationen erhalten habe und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreter

magnus stein
Facharzt für Allgemeinmedizin
Neversstr. 1-5 · 56068 Koblenz
Telefon 0261 12741

Arztstempel (Verantwortlicher)

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff. DSGVO i. V. m. §§ 32 ff. BDSG - neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg-Lahn GmbH, Auf der Heide 2, 65553 Limburg (kurz: PVS Limburg),

Die PVS®
Limburg-Lahn
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

eine im Jahr 1924 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten und sie bei der Geltendmachung der Rechnung zu unterstützen. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.
Empfänger der Daten ist die PVS Limburg. Die PVS Limburg unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Limburg als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 06431/9121-0 bzw. E-Mail: info@pvs-limburg.de.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig!

Die von der PVS Limburg verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Limburg (datenschutz@pvs-limburg.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS Limburg finden Sie in der PVS-Transparenzerklärung die jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-limburg.de/Transparenz.
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 Kontaktdaten der für die PVS Limburg zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz
und Informationsfreiheit
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
E-Mail: Poststelle@datenschutz.hessen.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

FO-05-617 V5.1

Die PVS®
Limburg-Lahn
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Name, Vorname und Anschrift des Patienten*

geboren am

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

ggf. gesetzliche/-r Vertreter/-in**

Vorname: _____

Name: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Stellung zum Patienten:

☐ Vater ☐ Mutter ☐ Betreuer

☐ Oder _____

Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der ärztlich erbrachten Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg-Lahn GmbH, Auf der Heide 2, 65553 Limburg (kurz: PVS Limburg), einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS Limburg die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Limburg Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Praxis und der PVS Limburg mehr statt.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigten***

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

**Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

*** Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

FO-05-617 V5.1

Auf der Heide 2 · 65553 Limburg · Telefon 0 64 31 / 91 21 - 0 · www.pvs-limburg.de · e-mail: info@pvs-limburg.de