



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 Dr.med. Dieter Helling
Adresse: Neversstr.5, 56068 Koblenz
Kontaktdaten: 0261/91469325

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, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche Verrechnungsstellen sein. Konkret arbeiten wir hier mit der PVS Limburg/ Lahn zusammen (Hinweis: siehe hierzu die gesonderte Einverstandniserklahrung 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 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 Rontgenaufzeichnungen 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 Aufsichtsbehore 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 Aufsichtsbehore lautet:

Name: Landesbeauftragte für den Datenschutz Rheinland-Pfalz
Anschrift: Deutschhausplatz 12 Postfach 3040
55116 Mainz 55020 Mainz

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 Dr.med.Dieter Helling



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 Dr. med. Dieter Helling, 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 die Praxis Dr.med. Dieter Helling weiterzuleiten. Diese Informationen darf die Praxis nur zur Dokumentation und zu weiteren Behandlungen verwenden.

Ja

Nein

- dass die Praxis Dr.med. Dieter Helling angeforderte Befunde an den mitbehandelnden Arzt oder Krankenhaus weiterleiten darf.

Ja

Nein

- mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen durch die folgenden bevollmächtigte/n Person/en: _____ (weitere Personen bitte auf Rückseite/ gesondertes Blatt eintragen)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ja

Nein

- dass auf meinen Wunsch hin, die Anforderung/ Übermittlung von Befunden per Email an folgende Email-Adresse _____ oder 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 E-Mailadresse 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.

Ja

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 dagegenspricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

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

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreter



Anamnesebogen Praxis Dr. Helling

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Standardtarif

Basistarif

Studentisch versichert

gesetzlich versichert

private Zusatzversicherung

Körpergröße _____ cm

Gewicht _____ kg

weiblich

männlich

divers

Hausarzt:

Bitte teilen Sie uns Ihr Anliegen mit:

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

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

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?



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

Vegetative Anamnese:

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Appetitlosigkeit | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Schmerzen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Erschöpfung | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Antriebslosigkeit | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Konzentrationschwäche | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Schlafstörungen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Nachtschweiß | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | | |
| Stuhlgang: | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> vermehrt | |
| | <input type="radio"/> Durchfall | <input type="radio"/> mit Blut | <input type="radio"/> mit Schleim | |
| Wasserlassen: | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> häufiges Wasserlassen | | |
| | <input type="radio"/> mit Schmerzen | <input type="radio"/> nachts > 1mal | | |
| Durst | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> vermindert | <input type="radio"/> erhöht | |
| Appetit | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> vermindert | <input type="radio"/> erhöht | |
| Gewichtsveränderung: | <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Zunahme _____ kg in _____ Monaten | | |
| | | <input type="radio"/> Abnahme _____ kg in _____ Monaten | | |

Ihre Gewohnheiten:

| | | | |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|---|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Wie viele Zigaretten tägl.? _____ seit? _____ |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Haben Sie viel Stress? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | |
| Schlafen Sie genügend? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | |
| Treiben Sie Sport? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | |

Familienanamnese:

| | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Schlaganfälle | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Stoffwechselstörung | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Rücken-/ Gelenkerkrankung | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Rheuma | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Hauterkrankungen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Übergewicht | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Sonstiges | | |

Wer?

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

Hatten Sie Krankenhausaufenthalte/ Operationen/ Unfälle Nein Ja Wann?



Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung?

Sind Sie mit einer Übermittlung Ihrer Befunde einverstanden?

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

Sind Sie mit einer Terminerinnerung einverstanden?

Telefon SMS email Post Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Google Jameda Sanego Facebook
 Zeitung Das Örtliche Auf Empfehlung von:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Praxis Dr.med. Dieter Helling

Bitte beachten Sie, dass wir nicht eingehaltene Termine, welche nicht wenigstens 48 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.

Ort, Datum

Unterschrift (Pat./ gesetzl.Vertreter)