



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie für den ersten Besuch in unserer Praxis die folgenden Fragen zu beantworten und möglichst relevante Vorbefunde mitzubringen (z.B. ältere Arztbriefe aus Krankenhäusern oder anderer Fachärzte, insbesondere von Voruntersuchungen des Herzens).

Außerdem ist ein aktueller Medikamentenplan für uns sehr hilfreich.

Auch bitten wir Sie, die anliegende Datenschutzerklärung zu unterschreiben und mitzubringen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Meine Hausärztin / mein Hausarzt: _____

Meine aktuellen Beschwerden: _____

Vorerkrankungen (insbesondere des Herzens): _____

Wurden schon einmal Untersuchungen oder eine Operation am Herzen durchgeführt, wenn ja wann war das?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam



DATENSCHUTZERKLÄRUNG

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:
Herzpraxis am ZOB,
Berufsausübungsgemeinschaft Jens Glatzel / Dr. Burkhard Maetzel
Konrad-Adenauer-Str. 1, 23558 Lübeck
Tel.: 0451-5922338, E-Mail: info@herz-am-zob.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:
Dr. Burkhard Maetzel
Konrad-Adenauer-Str. 1, 23558 Lübeck
Tel.: 0451-5922338, E-Mail: info@herz-am-zob.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihren Hausärzt:innen 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 Ärzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, 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.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzrecht.

Daten werden nur gespeichert, wenn sie aktiv übermittelt werden.

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 Ärzt:innen / Psychotherapeut:innen, 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:innen.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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

Die Daten werden hier in der Praxis gesichert auf einem Server gespeichert. Der Zugang zu diesen Daten ist auf das medizinische Personal der Praxis beschränkt. Dieses unterliegt der Schweigepflicht. Die erforderliche Schweigepflicht gilt auch für technisches Personal (IT), das im Falle von Reparaturen oder Wartungen befristet Zugang zu unserem Server erhält.

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:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Holstenstr. 98, 24130 Kiel
Tel.: 0431/988-1200, E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de

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.

- Die Ausführungen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die hier erhobenen Befunde an meine Hausärzt:innen, weiterbehandelnde Fachärzt:innen oder deren Vertretung übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass für Leistungen in anderen Facharztzentren (z.B. Röntgen oder Labor) die für die Leistung und Befundung erforderlichen Daten übermittelt werden.
Dies gilt auch für die eventuelle Anmeldung zu einer Behandlung in einem Krankenhaus.
- Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abrechnung erforderlichen Daten an zuständige Stellen übermittelt werden (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Privatärztliche Verrechnungsstelle Schleswig-Holstein)
- Ich habe ein Recht auf Einsicht in meine Krankenakte und kann ggf. eine Kopie verlangen.
- Mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten kann ich jederzeit widerrufen.

Vorname: _____ Nachname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____