

Information für Ihre Nachbehandlungen (Hilfsmittel, Physiotherapie, weitere Diagnostik)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Zwecke Ihrer Behandlung werden wir Ihnen bei Bedarf Hilfsmittel und Leistungen eines Sanitätshauses verordnen. Des Weiteren kann es notwendig werden, dass wir Ihnen Physiotherapie / Krankengymnastik verordnen. Außerdem kann zur weiteren Abklärung oder Behandlung einer Krankheit eine diagnostische Maßnahme (MRT / CT / Röntgen / Labor/ ...) oder therapeutische Maßnahme (ambulant oder stationär) veranlasst werden. Aus Gründen des ärztlichen Berufsrechts ist es leider nicht möglich, Ihnen einen bestimmten Leistungserbringer zu empfehlen, sofern es hierfür keinen zwingenden medizinisch indizierten Grund gibt. Die freie Wahl des Leistungserbringers ist gemäß der Berufsordnung für Ärzte vom niedergelassenen Arzt zwingend einzuhalten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie der Arztpraxis, dass Ihr behandelnder Arzt die freie Wahl des Leistungserbringers wahrt und keine Einschränkungen erfolgen.

Informationen bzgl. der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertendaten) benötigen wir, um die von uns eingeleiteten Untersuchungen durchzuführen, Arztbriefe zu erstellen und die erbrachten Leistungen abrechnen zu können. In diesem Zusammenhang werden Ihre Daten von den in der Praxis arbeitenden Personen (Ärzte, deren Vertreter, Praxispersonal) erhoben und bearbeitet, ggf. an externe Stellen weitergeleitet oder von extern kommende Daten und Bilder in unsere Praxissoftware eingepflegt. Dies können z.B. die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung oder das Fremdlabor für relevante Blutuntersuchungen sein, welche wir nicht selbst durchführen können. Sollte eine dieser Datenübermittlungen nicht auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, stellen wir Ihnen natürlich im Vorfeld eine entsprechende Einwilligungserklärung zur Verfügung, damit Sie Ihr Einverständnis schriftlich bestätigen können. Diese Einverständniserklärung enthält selbstverständlich einen Hinweis auf das Ihnen zustehende Widerrufsrecht. Sie haben jederzeit das Recht, Einsicht in Ihre Daten zu wünschen. Bitte sprechen Sie uns kurz an, damit wir einen entsprechenden Termin vereinbaren können. Sollte Ihnen im Rahmen dieser Akteneinsicht auffallen, dass uns bei der Erhebung Ihrer Daten ein Fehler unterlaufen ist, so korrigieren wir dies natürlich umgehend. Bitte beachten Sie, dass wir Daten nicht auf Wunsch löschen können, da wir gemäß den gesetzlichen Vorgaben z.B. aus der Musterberufsordnung für Ärzte verpflichtet sind, Ihre Daten 10 Jahre zu archivieren, bevor diese vernichtet werden können. Vor Ablauf dieser vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht können Sie lediglich eine Einschränkung der Datenverarbeitung beantragen, welche jedoch auch erst ab dem Datum des Antrags gilt. Bei weiteren Fragen können Sie sich auch gerne jederzeit an unsere Datenschutzbeauftragte Frau Siegel wenden. Die Kontaktdaten stellen wir Ihnen auf Anfrage zur Verfügung.

Oelde / Ennigerloh, den

.....
Vor- und Zuname des Patienten – Druckbuchstaben; Geburtsdatum

.....
eigenhändige Unterschrift bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Patientenaufnahme Gemeinschaftspraxis Dres. Hahne / Namislo / Theel

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Straße/Nr. _____

PLZ/ Ort _____ Hausarzt _____

Telefon _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten Medikamenten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Eigene Erkrankungen: Diabetes Mellitus Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Asthma Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Sonstige _____

Nehmen Sie ein Medikament zur **Blutverdünnung** ein? Ja Nein

Wenn ja, welches? Marcumar Clopidogrel Plavix Xarelto

Eliquis ASS Sonstige _____

Wurden bei Ihnen bereits **Operationen** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Metall** im Körper? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Behandlungsdaten (per Post oder per Fernübertragung, z.B. Fax etc.) an meinen Hausarzt und ggf. an weiter- oder mitbehandelnde Ärzte oder Krankenhäuser übermittelt werden.

Ja Nein

Datum, eigenhändige **Unterschrift** (Vor- und Zuname) bzw. gesetzliche/r Vertreter/in