

Patienten- Fragebogen
- Datenschutz und Aufnahme -

Name, Vorname		Geb.-Datum		
PLZ Ort		Straße Nr.		
Tel.1 (tags)		Tel.2		
Krankenkasse	Beruf	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> kosten- erstattung	<input type="checkbox"/> gesetzlich
E-Mail:		<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	<input type="checkbox"/> berentet

Schweigepflicht und Datenschutz

Ich bin damit einverstanden,

dass durch die Landarztpraxis Kerstin Schönrock und Sophie Wallstabe, Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, Wessiner Weg 2C, 19086 Zapel-Hof, Telefon: 03863/ 5224581, E-Mail: praxiszapel@t-online.de

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt
- Das Labor MVZ Westmecklenburg, Elleriesd 5-7, 19061 Schwerin
- die Auftragsdatenverarbeiter der Praxisverwaltungssoftware Zollsoft GmbH, Engelplatz 8, 07743, Jena

weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.



**Unterschrift des/ der Patienten/-in
(Sorgeberechtigte/r)**

Patienteneinverständniserklärung gemäß DS-GVO

Information und Widerrufbarkeit

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann
- mit der Folge, dass z. B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Landarztpraxis Kerstin Schönrock und Sophie Wallstabe, Fachärztinnen für Allgemeinmedizin,
Wessiner Weg 2C, 19086 Zapel-Hof, Telefon: 03863/ 5224581, E-Mail: praxiszapel@t-online.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.



**Unterschrift des/ der Patienten/ in
(Sorgeberechtigte/r)**

Ort, Datum

>> Bitte beantworten Sie auch die nachstehenden Fragen >>

Aktuell regelmäßig eingenommene Medikamente: Menge/Dosierung pro Tag			
Haben Sie Allergien gegen?			
Hatten Sie Operationen?			
Raucher? Wenn ja, wieviel Zigaretten am Tag _____?	Körpergröße (in cm)	Gewicht (in KG)	
Alkohol? Wenn ja wie oft?	Täglich ja / nein	ab und zu: ja/ nein	
Bitte bringen Sie beim nächsten Mal Ihren Impfausweis mit, um Ihren Impfstatus zu überprüfen!!!			