

Waren Sie in den letzten 4 Quartalen (mindestens 1x/Quartal) beim Hausarzt? Ja ☐ Nein ☐

Bei welchen Ärzten waren Sie in der Vergangenheit und/oder sind Sie derzeit noch in Behandlung und wegen welcher Erkrankung?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (Name) und in welcher Dosierung?

Medikament	morgens	mittags	nachmittags	abends	Zur Nacht	nach Bedarf

Bitte geben Sie uns noch einige allgemein wichtige Angaben:

Wie vertragen Sie Blutabnahmen? Gut ☐ nicht gut ☐
Schwindelig / Übelkeit ☐
Kollapsneigung ☐

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher: Ja ☐ Nein ☐

Pflegestufe: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: _____
welche

Was arbeiten Sie und wie viele Stunden/wöchentlich arbeiten Sie?

Beschäftigt bei: _____
Telefon (geschäftlich) _____

Familienstand: ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐
geschieden ☐ verwitwet ☐ alleinerziehend ☐

Haben Sie Kinder? _____
wieviele / Alter der Kinder

Datum _____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten _____

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die

Gemeinschaftspraxis

Dr. Richard Sohn

Dr. Christian Meier

Hirschenstr. 3

90762 Fürth

folgende Daten von mir elektronisch speichert und elektronisch verarbeitet:

1. Biografische Daten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Telefon

E-Mail

Beruf

2. Behandlungsdaten

Vorbehandlungen

Wahrgenommene Termine

Inhalte von Stunden

Biografische Anamnese (wenn erforderlich)

Testauswertungen und deren Ergebnisse (wenn erforderlich)

Diagnosen

Berichte an Gutachter der Krankenkasse

3. Die Daten werden ausschließlich zur Durchführung der medizinischen Behandlung sowie zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern verwendet.

4. Die Daten werden ausschließlich auf dem Rechner der Praxis gespeichert. Es werden jedoch regelmäßig Sicherungskopien der Daten erstellt, die auf einer oder mehreren verschlüsselten Festplatten oder einem hardware-verschlüsselten USB-Speicherstick mit Selbstlöschfunktion gegen Brutal-Force-Angriffe in einer verschlüsselten Datencloud, die Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ihren Speicherort im Raum der EU hat und keinen Zugriff von Unternehmen oder Tochterunternehmen des Betreibers außerhalb der EU hat, sowie keine Schlüssel auf dem Server des Cloudbetreibers speichert, erstellt. Die Schlüssel für eine externe Speicherung in einer Cloud werden ausschließlich auf dem Rechner der Praxis gesichert.

Die verschlüsselten Festplatten/hardware-verschlüsselten USB-Speichersticks werden an externen Orten aufbewahrt, um im Fall eines Brandes die Daten wieder herstellen zu können. Dazu ist die Praxis verpflichtet.

Aufbewahrungsorte der externen Medien sind gesicherte Orte im Wohnhaus der jeweiligen verantwortlichen Medizinischen Fachangestellten.

Zugriff zu auf dem Rechner der Praxis gespeicherten Daten haben folgende Personen:

- der Praxisinhaber
- die berechtigten und zur Schweigepflicht verpflichteten Mitarbeiter/Medizinischen Fachangestellten

5. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten an folgende Dritte weitergegeben werden:

- a) an meine zuständige Krankenkasse / Beihilfestelle / Privatabrechnungsstelle:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

wahrgenommene Termine

Abrechnungsziffern

Diagnosen

- b) an Gutachter der Krankenkasse / Beihilfestelle / Privatabrechnungsstelle

- c) bei vorliegender Schweigepflichtentbindung an das Versorgungsamt
ZBFS Zentrum Bayern, Familie und Soziales, Nürnberg

- d) bei psychotherapeutischen Anträgen als Bericht an den Gutachter

- e) an den Steuerberater
Name des Überweisers, Rechnungsnummer, Betrag, Wertstellung

6. Löschung der Daten und Recht auf Löschung

Die Daten müssen nach dem Sozialgesetzbuch 10 Jahre nach Behandlungsende aufbewahrt werden. Bei einigen chronischen Erkrankungen kann dieser Zeitraum auch 30 Jahre betragen. Nach dieser Frist werden die Daten auf dem Rechner und externen Sicherungsdatenträgern oder in Cloud-Speichern gelöscht. Papier-Unterlagen und Akten werden von einem zertifizierten Datenvernichtungsunternehmen nach den Bestimmungen der DSGVO vernichtet.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich das Recht auf Löschung habe, sofern nicht andere gesetzliche Grundlagen oder Gründe dagegensprechen.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen.

Ich habe diese Ausführungen gelesen.

Fürth,

.....

.....

Name des Patienten/-in / Sorgeberechtigte / Betreuer