



Anamnesebogen für Neupatienten

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Nein Ja

Thrombose Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Lebererkrankung Nein Ja

Nierenerkrankung Nein Ja

Diabetes Nein Ja

Asthma COPD Nein Ja

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Krampfanfälle Nein Ja

Blutsneigungen Nein Ja

Krebserkrankungen Nein Ja

Hepatitis Nein Ja

HIV Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Wie groß sind Sie:cm Wieviel wiegen Sie:kg

.....

Name, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben)

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Liebe Patienten,

für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Dienstleister und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Im beigefügten Aufklärungsblatt können Sie weitere allgemeine Informationen nachlesen. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie hier in der Praxis erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – soweit möglich – gelöscht bzw. vernichtet, wovon wir uns regelmäßig überzeugen. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend der Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht.

Mit dieser Einverständniserklärung erklären Sie:

- Ich willige ein, dass das Ärztezentrum am OEZ im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen übermittelt.
- Weiterhin willige ich ein, dass das Ärztezentrum am OEZ meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben übermittelt.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass das Ärztezentrum am OEZ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre mich einverstanden dass das Ärztezentrum am OEZ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

Weiter auf der Rückseite >>>>>

Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung

Entsprechend der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Dienstleister erhalten Sie hier ausführliche Informationen über die Art und den Umfang der Datenverarbeitung durch externe Dienstleistungsunternehmen und Labore

Kooperationspartner	Dienstleistung	Übermittelte Daten
Labor Staber & Kollegen	Laborleistungen	Name, Adresse, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Abrechnungen der Leistungen der gesetzlich Versicherten	Name, Adresse, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten, Sozialversicherungsdaten, Behandlungsdaten