

Einwilligungserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung, §73 Abs. 1b SGBV

Ich,
Vorname Name geboren am

.....
Adresse

.....
Festnetznummer Mobilnummer

erkläre mich einverstanden, dass die Arztpraxis MVZ Hämatologie Onkologie Tempelhof

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiterer Behandlungen anfordern und an andere behandelnde Ärzte und Gesundheitsdienstleister übermitteln darf.
- die im Rahmen meiner Kontakte mit der Praxis erhobenen personen- und gesundheitsbezogenen Daten (Krankengeschichte, Befunde, Arztbriefe, etc.) nach den gesetzlichen Datenschutzvorgaben speichern darf.
- mich betreffende Gesundheits- und Abrechnungsdaten an Krankenversicherungen und Kassenärztliche Vereinigungen und – im Fall eines Arztwechsels – an die neue Arztpraxis weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann, wobei mir bewusst ist, dass der Gesetzgeber verpflichtende Aufbewahrungsfristen für Gesundheitsdaten vorschreibt, auf die die Praxis keinen Einfluss hat.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Angaben zu Kontaktpersonen bzw. Familienmitgliedern

Das MVZ Tempelhof darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung geben und sie gegebenenfalls kontaktieren:

1.
Name
-
Adresse
-
Telefon E-Mail
2.
Name
-
Adresse
-
Telefon E-Mail

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

Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Sind Sie privatversichert?

nein ja

Wenn ja, bei welcher privaten Kasse sind Sie versichert?

.....
Welchen Tarif haben Sie?

Wir behalten uns vor, in bestimmten Fällen einen erhöhten Abrechnungssatz im Rahmen der GOÄ zu erheben.

Anamnesebogen

Name geboren am

Körpergröße Gewicht

Hausarzt (inkl. Adresse und Telefonnummer)

.....
.....

Email

Liegt ein Pflegegrad vor?

nein ja

Wenn ja, welcher Grad?

ggf. Pflegestation (inkl. Adresse und Telefonnummer)

.....
.....

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein ja

Wenn ja, mit welchem Merkmal?

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?

nein ja

Falls ja, bitte vorlegen, danke.

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis/Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | |

Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja, welche?

nein ja

.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig
Medikamente?

nein ja

Falls ja, Medikationsplan bitte vorlegen, danke.

.....
.....

Leiden Sie an Medikamenten-
unverträglichkeiten?

nein ja

Wenn ja, an welchen?

.....
.....

Leiden Sie an Allergien?

nein ja

Wenn ja, an welchen?

.....
.....

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Besuch Ihren MEDIKATIONSPLAN mit!