



Anamnesebogen für Bewohner im Alten- und Pflegeheim

Datum

Liebe Patienten,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, kreuzen Sie entsprechendes an und geben Sie nähere Erläuterungen.
Die Angaben sind freiwillig und werden nach gültigem Datenschutz behandelt.

Name, Vorname Geb. Datum

Krankenkasse: Versichertennummer:

Pflegegrad Pflegestufe vorheriger Hausarzt

Betreuer/in / Bevollmächtigte/r Telefon

Adresse Betreuer: Kopie Betreuerausweis bitte beilegen

Beruf

früherer Beruf

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet

Kinder

Vorerkrankungen/Innere Erkrankungen/Stoffwechselerkrankungen/andere Erkrankungen Nein

Wenn ja, genaue Angaben:

Vegetative Anamnese

Größe Gewicht Impfpass vorhanden Ja Nein Impfpass als Kopie bitte beifügen

Allergien / Unverträglichkeiten / Hauterkrankungen / Juckreiz (Nahrungsmittel, Medikamente,...) Nein

Wenn ja, genaue Angaben:

Stuhlgang/Urin

Urininkontinenz Stuhlinkontinenz

Probleme beim Schlaf Nein Ja Einschlafstörungen Durchschlafstörungen vermehrtes Schlafen

Gibt es Wertvorstellungen

Patientenverfügung liegt vor: Ja, Kopie bitte mitgeben Nein

Andere psychische/ Psychosomatische Belastungen/Störungen/Erkrankungen

Nein

Wenn ja, genaue Angaben:

Mitgebene Dokumente, etc.

- Befunde / Arztbriefe etc. anbei
- Betreuerausweis / Vollmacht anbei
- Patientenverfügung anbei
- Krankenkassenskarte / Ersatzbescheinigung anbei
- sonstiges anbei:

Ich bin damit einverstanden, dass von mir / meinem Betreutem ein Foto für die Patientenkartei erstellt und gespeichert wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine / die von meinem Betreuten Daten Praxis intern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Praxismitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Name der / des Angehörigen:

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass Berichte an Fachärzte weitergegeben werden dürfen: Ja Nein

Rezepte dürfen an die, das Heim beliefernde Apotheke geschickt werden: Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und Stimme der Abrechnung der privaten Leistungen über die Privatärztliche Abrechnungsstelle (PVS) zu.

Ich willige ein, das folgende Standard Impfungen / Massnahmen durchgeführt werden dürfen:

- Tetanus
- Gripeschutz
- Covid
- Blutentnahmen

Unterschrift
Patient/in oder
Bevollmächtigte/r

Nachname, Vorname

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Ilka Tornieporth

Praxisname: Allgemeinarztpraxis Ilka Tornieporth

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Diekkamp 8, 23795 Klein Rönkau

Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail): 04551-87787, info@praxis-tornieporth.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Mit Ihrer Unterschrift und Benennung von Empfängern, gestatten Sie uns der jeweiligen Person / dem Unternehmen / Praxen / etc. Ihre Daten, Rezepte, Befunde, Atteste weiterzugeben.

Apotheke, in die meine Rezepte gegeben / gesendet werden dürfen: Waldapotheke Wahlstedt

Ich gestatte der Praxis Ilka Tornieporth auf meinem eigenen Wunsch, Befunde per Email (ungeschützter Emailverkehr) an mich zu senden.

Zur Abrechnung von Privatärztlichen Leistungen und IGEL Leistungen, dürfen meine Daten an die Privat Ärztliche Verrechnungsstelle (PVS) weitergegeben werden. IGEL- / Privatärztlichen Leistungen werden an die PVS weitergeleitet, wenn diese nicht in der Praxis bar bezahlt werden.

An Fachärzte und Therapeuten dürfen meine Daten zur Behandlung von der Praxis Ilka Tornieporth weitergegeben werden.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig - Holstein

Anschrift: Holstenstrasse 98, 24103 Kiel, Telefon 0431-988-1200

Email: mail@datenschutzzentrum.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

_____, den

Unterschrift des
Patienten /
Bevollmächtigten

Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten, E-Rezepten, Verordnungen und sonstigen medizinischen Dingen

Hiermit willige ich für

Name, Vorname Geb.Datum

Anschrift

ein, dass

- Rezepte / E-Rezepten
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- _____
- _____

an

- Mich (E-mail)
- Angehörige / Personen
- Mitarbeiter Pflegedienst / Heim
- Apotheke

- übermittelt / übersendet werden dürfen
- von diesen abgeholt werden dürfen

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann.

Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort

den,

Datum

Unterschrift