



# Anamnesebogen

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  Telefon

Email Adresse  Geb. Datum

Handy  Besteht eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein

## Schul- & Ausbildung / Beruf

Beruf

- Rentner  
 Arbeitslos  
 Schüler

## Familienstand

- ledig  verheiratet  verwitwet

Kinder

## Jetzige Beschwerden / Anliegen / bisherige Therapie

## Vorerkrankungen/Innere Erkrankungen/Stoffwechselerkrankungen/andere Erkrankungen

Nein

Wenn ja, genaue Angaben:

## Orthopädische Erkrankungen / Verletzungen / Operationen (z.B. Unfälle, Brüche, Wunden)

Nein

Wenn ja, genaue Angaben:

## Medikamente: Pille / Vitaminpräparate / Nahrungsergänzungsmittel / Abführmittel / Naturheilmittel

Nein

Wenn ja, genaue Angaben: Bei Einnahme von mehr Medikamenten bitte auf Extrablatt aufführen.

Medikament	Stärke	Dosierung

Medikament	Stärke	Dosierung

## Vegetative Anamnese

Größe  Gewicht  Rauchen Sie?  Nein  Ja  gelegentlich  Ex - Raucher  
Impfpass vorhanden  Ja  Nein Was rauchen Sie?   
Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja  gelegentlich  häufig

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

Wenn ja, genaue Angaben:

**Stuhlgang/Urin**  normal  Durchfälle  Verstopfung  Blutbeimengung  nächtliches Wasserlassen

**Probleme beim Schlaf**  Nein  Ja  Einschlafstörungen  Durchschlafstörungen  vermehrtes Schlafen

**Treiben Sie Sport?**  Nein  Ja Sportart:   gelegentlich  
 regelmäßig

**Erkrankungen in der Familie** (z.B. Erbkrankheiten, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen)

Mutter:  Vater:

Geschwister:  Großeltern:

**Psychische Belastungen** (0 = schwach, 10 = stark)

bedingt durch?

**Andere psychische/ Psychosomatische Belastungen/Störungen/Erkrankungen**  Nein

Wenn ja, genaue Angaben:

## Recall:

Wir bieten Ihnen an, dass wir Sie auf anstehende Wiedervorstellungstermine (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, etc.) aufmerksam machen.

Bitte kontaktieren Sie mich:  Nein  Ja  via Telefon  via Email

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern 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

### **Terminvereinbarungen:**

Um lange Wartezeiten zu verhindern vereinbaren Sie bitte immer einen Termin. Dies können Sie ganz bequem über unsere Homepage oder rufen Sie einfach an.

Über unsere Homepage [www.praxis-tornieporth.de](http://www.praxis-tornieporth.de) bieten wir Ihnen zusätzlich den Service, Termine zu vereinbaren, Rezepte zu bestellen und Kontakt aufzunehmen.

### **Abrechnung von Privatleistungen:**

Bei Privatleistungen bin ich damit einverstanden, dass die Abrechnung über die Privatärztliche Verechnungsstelle (PVS) erfolgt.

### **Rezepte / E-Rezept:**

Ich bin damit einverstanden das e-Rezept an  die Apotheke \_\_\_\_\_  an mich per E-Mail zu schicken  
E-Mail Adresse oben nötig

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

Unterschrift  
Patient

--

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:

Apotheke

Personen, die meine Rezepte / Befunde in der Praxis abholen dürfen:

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname

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.

Klein Rönna, den

Unterschrift des  
Patienten

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

Hiermit willige ich,

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