

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:

Praxisname: Praxis für Orthopädie und praktische Medizin

Dr. med. Georg P. Dahmen, Dr. med. Oliver P. Mallien und Petra Schlesinger

Adresse: Tangstedter Landstraße 77, 22415 Hamburg

Kontaktdaten Telefon: 040-53300630, Fax 040-53300649, email: gpdahmen@gmail.com

Sie erreichen die zuständigen Datenschutzbeauftragte unter:

Name: Birgit Schiedel

Anschrift: Tangstedter Landstraße 77, 22415 Hamburg

Kontaktdaten: 040-53300630, Fax 040-53300649, email: gpdahmen@gmail.com

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, Physiotherapeuten 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, privatärztliche Verrechnungsstellen oder Physiotherapeuten 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 berechnigte Empfänger.

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. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung oder §199 BGB.

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 für uns zuständige Aufsichtsbehörde im Sinne von Art. 13 Abs. 2 lit. d DSGVO lautet:
Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Prof. Dr. Johannes Caspar, Ludwig-Erhard-Str 22, 7. OG, 20459 Hamburg

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.

Ihr Praxisteam

Patienten-Name, Vorname und Geburtsdatum in Blockschrift
X
Sofern abweichender Unterzeichner, z.B. Erziehungsberechtigter oder ges. Vertreter: Name, Vorname und Geburtsdatum
X
Hiermit bestätige ich den Erhalt eines Exemplars der Patienteninformation zum Datenschutz
X
Eigenhändiges Datum und Unterschrift des Patienten bzw. des Bevollmächtigten/ Erziehungsberechtigten
Hiermit stimme ich der unverschlüsselten Übermittlung meiner Daten wegen besonderer „Umstände der Verarbeitung“ (vgl. Art. 32 DSGVO) zu, z.B. über das Internet, per Telefon, Email oder Fax.
X
Eigenhändiges Datum und Unterschrift des Patienten bzw. des Bevollmächtigten/ Erziehungsberechtigten
Hiermit bestätige ich, Kenntnis darüber bekommen zu haben, jederzeit ohne Angaben von Gründen der Weiterleitung meiner Daten zu widersprechen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei gesetzlich versicherten Patienten dies dazu führen kann, dass die gesamte Behandlung vollumfänglich privatärztlich abgerechnet werden muß.
X
Eigenhändiges Datum und Unterschrift des Patienten bzw. des Bevollmächtigten/ Erziehungsberechtigten
Hiermit bestätige ich ausdrücklich, dass alle ärztlichen und nicht-ärztlichen medizinischen Mitarbeiter der Praxismgemeinschaft uneingeschränkten Zugriff auf meine Gesundheitsdaten haben dürfen.
X
Eigenhändiges Datum und Unterschrift des Patienten bzw. des Bevollmächtigten/ Erziehungsberechtigten

Sehr geehrter Patient!

Zur Verbesserung der Beratung und Behandlung möchten wir Sie nachfolgend bitten, uns einige Fragen zu beantworten und zutreffendes anzukreuzen. Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Zur besseren Vorbereitung möchten wir Sie bitten den Bogen -wenn möglich- im Vorfeld an uns zurückzugeben, ansonsten geben Sie diesen Bogen im Behandlungszimmer wieder ab.

Bitte geben Sie uns vorab folgende Informationen:

Name:	Vorname:
Strasse:	Ort:
Geburtsdatum:	Beruf:
Telefonnummer:	Handy-Nr.:
Fax:	Email:
Haben Sie eine Pflegestufe? Keine Pflegestufe Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 Stufe 4 Stufe 5	
Videosprechstunde für Befundbesprechung gewünscht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Krankenversicherung:	
Bei Privatversicherten: Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Normaltarif <input type="checkbox"/>	
Bei gesetzlich Versicherten: ambulanter Zusatzversicherung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche:	
Haben Sie eine stationäre Zusatzversicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche:	
bei Kindern: mitversichert bei:	
Berufsgenossenschaft bei Arbeitsunfällen:	
Arbeitgeber:	
Hausarzt:	
Zuweisender Arzt:	
An wen soll ggf. zusätzlich ein Arztbrief versandt werden?	
Wer soll ggf. zusätzlich informiert werden?	

Bitte beantworten Sie uns nun folgende Fragen:

Grund des Besuchs / aktuelle Beschwerden:

Soll eine Operation durchgeführt werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Seit wann sind die Hauptbeschwerden aufgetreten?			
Seit heute <input type="checkbox"/>	Seit einigen Tagen <input type="checkbox"/>	Seit einigen Wochen <input type="checkbox"/>	Seit einigen Monaten <input type="checkbox"/>

Sind die Beschwerden schon einmal zuvor aufgetreten?			
erstmalig <input type="checkbox"/>	Schon einmal <input type="checkbox"/>	Schon öfter <input type="checkbox"/>	Tritt häufig auf <input type="checkbox"/>

Wo sind Ihre Beschwerden aufgetreten?									
Kopf <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Arm <input type="checkbox"/>	Ellenbogen <input type="checkbox"/>	Hand <input type="checkbox"/>	Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	Hüfte <input type="checkbox"/>	Knie <input type="checkbox"/>	Fuß <input type="checkbox"/>

Wurden Ihre Beschwerden durch einen Unfall verursacht?				
kein Unfall <input type="checkbox"/>	Unfall im privaten Bereich <input type="checkbox"/>	Schulunfall <input type="checkbox"/>	Wegeunfall von/zur Arbeit <input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall <input type="checkbox"/>

Wurden die Beschwerden bereits behandelt?				
Nein <input type="checkbox"/>	Eigenbehandlung <input type="checkbox"/>	Haus-Kinderarzt <input type="checkbox"/>	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Chirurg <input type="checkbox"/>

Ist bei Ihnen ein Herzschrittmacher oder Defibrillator implantiert ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Wurde Ihnen innerhalb der letzten Wochen ein STENT eingesetzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Leiden Sie unter wiederkehrender Divertikulitis (bakterielle Entzündung der Darmschleimhaut) oder einer Colitis (Darmentzündung) oder haben Sie eine Magenschleimhaut- oder Speiseröhrentzündung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie/Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht (erhöhte Harnsäurewerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skeletterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose (verbogene Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuppenflechte/Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufige Augenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel/ Sturzneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmentzündung/Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	Keine <input type="checkbox"/>
Operation	Datum

Haben Sie einen Behindertenausweis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, GdB, wieviel %:	Seit wann?	
Haben Sie ein eingetragenes Merkzeichen	G aG BI H GI	

Benutzen Sie regelmäßig Gehhilfen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?	Gehstützen <input type="checkbox"/>	Rollator <input type="checkbox"/>	Rollstuhl <input type="checkbox"/>

Benutzen Sie regelmäßig Einlagen oder Bandagen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, für welches Bereich/ Gelenk?	Knie <input type="checkbox"/>	Sprunggelenk <input type="checkbox"/>	Ellenbogen <input type="checkbox"/>
	Handgelenk <input type="checkbox"/>	Kniegelenk <input type="checkbox"/>	Korsett <input type="checkbox"/>
	Leibbinde <input type="checkbox"/>	Halskrause <input type="checkbox"/>	Einlagen <input type="checkbox"/>

Körpergröße	cm
Gewicht	kg

Hiermit willige ich ausdrücklich ein und wünsche, dass die Ärzte und Mitarbeiter der Praxis Dres. med. Dahmen, Mallien und Schlesinger mir Empfehlungen aussprechen dürfen, die für die Diagnostik und Behandlung meiner Erkrankungen wichtig und sinnvoll sein können (z.B.: Ärzte und Therapeuten als Mitbehandler, Orthopädiemechaniker, bestimmte Produkte, wie Hilfsmittel, Medikamente, Medizinprodukte, Nahrungsergänzungsprodukte u.a.)
 Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

_____ Datum

_____ Unterschrift

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtigte hiermit

Vorname, Name Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Heil- und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.
Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.
Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.