



Anamnese Bogen

Bitte sorgfältig ausfüllen und die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, so machen Sie bitte ein Fragezeichen. Je vollständiger Ihre Angaben sind, um so besser können wir Ihnen helfen.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Hausarzt: Krankenkasse:

Termin per E-Mail JA NEIN E-Mail:

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung und wo?

Ihr Alter bei ihrer ersten Periode Wann hatten Sie die letzte Periode?

Kommt sie regelmäßig? JA NEIN Haben Sie Beschwerden dabei? JA NEIN

Sind Sie schwanger? JA NEIN VIELLEICHT

Geburten? Wieviele + wann:

Komplikationen? Fehlgeburt? JA NEIN

Wurden Sie bereits operiert? JA NEIN Wenn ja, welche OPs und wann:

Bitte jeweils das Jahr der Untersuchung angeben: | Brustultraschall? Wann? JA NEIN

Mammographie? Wann? JA NEIN | Darmspiegelung? Wann? JA NEIN

Impfpass geprüft? Wann? JA NEIN | HPV geimpft? Wann? JA NEIN

Rauchen Sie? Wieviele? JA NEIN | Täglich Alkohol? JA NEIN

Nehmen Sie Medikamente? JA NEIN Wenn ja, welche Medikamente:

Medikamenten-Allergie? JA NEIN Wenn ja, gegen welche Medikamente:

Sind Erkrankungen bekannt? JA NEIN Wenn ja, welche Erkrankung:

Familien-Erkrankungen? JA NEIN Wenn ja, welche Erkrankung:

Bluthochdruck Thrombosen Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus Krebs

Wer + Alter?

Umseitige Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen (bitte ankreuzen)

Datum: Unterschrift:



Was müssen Sie jetzt tun?



Datenschutz-
erklärung als
PDF-Download
verfügbar



Patienteninformation zum Datenschutz



PRAXIS DR. FLATOW
FRAUENHEILKUNDE

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 hinsichtlich des Datenschutzes haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. med. Katrin Flatow
Löher Straße 8
53359 Rheinbach
Tel. +49 2226 3256
mail@dr-flatow.de

Zuständiger Datenschutzbeauftragter:

Peter Schmitt
Tel. +49 2226 3256
datenschutz@dr-flatow.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, Therapievorschläge 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

Mit der Anerkennung unserer Datenschutzerklärung stimmen Sie der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen zu. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist. 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 berechtigte Empfänger. Als Patient sind Sie berechtigt, gemäß SGB V Paragraph 73 Absatz 1B diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen. Dies bedarf der Schriftform.

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 Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, Fax: 0211/38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.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.

Datenschutz-
erklärung als
PDF-Download
verfügbar



Dokument
downloaden

