

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Danke

Sehr geehrte Patienten, Sie helfen uns mit folgenden Informationen:

Name, Vorname:	Beruf:
Geb.Datum:	Sport:
Hausarzt:	Handy Nr.:
Zuweisender Arzt:	Telefon:
Ihre Größe: Ihr Gewicht:	e-mail:
Rauchen Sie? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wieviel?	Covid Impfung? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wie kommen Sie zu uns?	
Empfehlung <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	

Der Grund Ihres Besuches (z.B. Privat-/Arbeitsunfall, wann/wie?):

Ihre Vorbehandlung:

Vorerkrankungen:

- Operationen nein ja: _____
- Herz / Blutdruck nein ja: _____
- Lunge / Asthma nein ja: _____
- Bauch nein ja: _____
- Diabetes / Schilddrüse nein ja: _____
- Blutgerinnungsstörung nein ja: _____
- Durchblutungsstörungen nein ja: _____
- Thrombose / Embolie nein ja: _____
- Allergien nein ja: _____
- Krebserkrankungen nein ja: _____
- Hepatitis / HIV / MRSA nein ja: _____
- sonstige Erkrankungen nein ja: _____
- Aktuelle Medikamente nein ja: _____

Die Informationen zum Datenschutz einschließlich Widerrufsrecht habe ich gelesen und erkläre mich mit der Weiterverarbeitung meiner Daten und der Weiterleitung an meinen Hausarzt/weiterbehandelnde Ärzte/Labor/KV/BG/MDK/Doctolib/Versicherung u. Abrechnungsstelle einverstanden. Mit einer Terminerinnerung von Doctolib per Mail oder SMS bin ich einverstanden.

Ton, Bild und Videoaufnahmen sind in der gesamten Praxis gesetzlich verboten!

Datum / Unterschrift:

Geben Sie den Bogen bitte an die Mitarbeiter/innen zurück

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:

OCS - Düsseldorf

Friedrichstr. 2 , 40217 Düsseldorf

0211/31114840 info@ocs-duesseldorf.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Kontakt Daten: datenschutzbeauftragter@ocs-duesseldorf.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, Therapieempfehlungen 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. Zum Zwecke des Terminmanagements werden personenbezogene Daten von ihnen, insbesondere Gesundheitsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, Überweisender Arzt, Besuchsgrundgrund und Terminhistorie) an die Doctolib GmbH übermittelt, mit welcher wir aufgrund eines Auftragsverarbeitungsvertrages zusammenarbeiten und die wie wir an die Schweigepflicht gebunden ist. **Um Terminausfälle zu verhindern erinnern wir Sie über das Doctolib Terminmanagementsystem per SMS und/oder E-Mail an ihren Termin.**

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

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 OCS Praxisteam

Bitte bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift das Sie hiermit einverstanden sind. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können ihr Einverständnis jederzeit uns gegenüber mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Name:

Vorname:

Datum:

Unterschrift: