

Bitte drucken sie den Bogen nach Möglichkeit aus und bringen ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit. DANKE
Bitte vergessen Sie nicht eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme

A: Schweigepflicht/Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass durch die BAG Dr. Otte/Buchmann, Wurzner Str. 103, 04315 Leipzig meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt, PVS Sachsen
- verantwortliches Labor-Praxis

weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Pflege der elektronischen Patient:innenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit den Patient:innen (zum Beispiel Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen Impfungen etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder den Patient:innen
- Erstellen von Behandlungsberichten.

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 Abs 3 MBO sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzt:innen/Therapeut:innen genutzt werden. Dies schließt auch vorhandene Akten der bisherigen Praxisinhaber Dr. Kleinert, Barbara und Dr. Kleinert, Thomas mit ein.

B: Information und Widerrufbarkeit

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet genutzt und übermittelt werden.

- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass zum Beispiel der Behandlungsvertrag nicht erfüllt

werden kann/nicht zu Stande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann,

- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an BAG Dr. Otte/Buchmann Wurzner Str. 103, 04315 Leipzig
 Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen oder falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten die ihrerseits dann meine Daten löschen.

C) Einwilligungserklärung privat ärztliche Verrechnungsstelle Sachsen (Kurz PVS)

Rechnungen bearbeitet die PVS Sachsen für uns. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patientinnen. Die PVS Sachsen ist eine berufsständige Gemeinschaftseinrichtung die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter:innen der PVS unterliegen, wie alle Ärzt:innen, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Unsere Honorarforderungen treten wir an die PVS Sachsen ab (§398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreits es ist die PVS Sachsen Prozesspartei. Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe. Sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist ihr Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung unserer erbrachten Leistungen. Sie unterliegt unseren internen Weisungen.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Datum

 Unterschrift

(oder sein gesetzlicher Vertreter bei unter 18-jährigen* oder geschäftsunfähigen)
 *Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patient:innen: der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.

D) Identitätsprüfung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Kasse:

Laut dem Bundesmantelvertrag sind Ärzte verpflichtet, ihre Identität zu prüfen.

Auszug "Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte – Stand 1. Januar 2018" „Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die {...} Gesundheitskarte vorzulegen. Der Arzt ist verpflichtet, die Identität des Versicherten zu prüfen. Die Identität des Versicherten ist anhand der {...} Identitätsdaten (Lichtbild {...}, Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) zu prüfen.“
 Quelle: KBV Rechtstexte)

E) Kontakt/Kommunikation

E)1. **Bitte geben Sie v.a. eine Telefonische Kontaktmöglichkeit** an u. ggf weitere

- Telefon:
- Fax:
- SMS:
- E-Mail:
- Kontaktdaten dienstlich

Bitte drucken sie den Bogen nach Möglichkeit aus und bringen ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit. DANKE
Bitte vergessen Sie nicht eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme

E)2. Elektronische Übertragung:

- Termine und Termin Details
- medizinische Dokumentation,
- Rechnungen
- Newsletter

F) Gedächtnisstütze/Erinnerung

Ich möchte an:

- Früherkennungsuntersuchungen
 - Impfungen
 - Termine
- erinnert werden

G) bildgebende Dokumentation

zur Dokumentation bzw.

Visualisierung der aktuellen

Befunde fotografieren wir jene.

- Ich bin mit der Foto-Dokumentation meiner Befunde zum Beispiel Hautekzem und/oder Wunden einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befund Fotos und die Wunddokumentation auf Verlangen der Krankenkasse/ dem medizinischen Dienst übermittelt werden dürfen.

H) Für den Notfall

Nennen Sie uns bitte weitere Personen und insbesondere Telefonnummern, welche wir über ihren Gesundheitszustand Aufenthaltsort und ggf. Details informieren dürfen:

I: nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein
- ja – Bitte legen Sie uns den so genannten Bundeseinheitlichen Medikationsplan vor

J) sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

- Nein,
- Chemikalien
- Hausstaub (Milben)
- Heuschnupfen (Pollenallergie)
- Insektengifte
- Medikamente
- Metalle
- Nahrungsmittel, Nesselsucht (Urtikaria)

- Parfüm/Kosmetika
- Duftstoffe
- Tierhaare
- UV Licht (Sonnenallergie)

K) haben Sie folgende Beschwerden?,

- Akute Atemnot
- akute Benommenheit
- akut blaue Lippen
- akut Brennen hinter dem Brustbein
- schnell ermüdet
- akute Fehlsichtigkeit
- häufiger Schnupfen
- Akute Hautblase
- akutes Herzklopfen
- schmerzhaftes Schlucken
- Schweißausbrüche
- akute Schwerhörigkeit
- akuter Schwindel
- akute starke Ängste
- Stiche hinter dem Schulterblatt
- Übelkeit, Brechreiz
- unklare Fieberschübe (>38 °C)
- akutes Ziehen im linken Arm

L) Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma/Heuschnupfen/ Juckreiz
- Augenerkrankungen (z.B. grauer Star, Glaukom)
- Blutarmut, Blutkrankheiten
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Epilepsie (Fallsucht/Krampfleiden)
- Fettstoffwechselstörung, Gallensteine
- Gelbsucht/Leber Krankheiten
- Gicht
- Herzanfall (Angina pectoris)
- Herzinfarkt (Myokardinfarkt)
- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
- HIV-Infektionen/Aids Erkrankung
- Hoher Blutdruck
- Krampfadern
- Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule
- Krebs (Tumorleiden)
- Lungenentzündung
- Magen – oder Zwölffingerdarmgeschwür
- nervöse Beschwerden
- Nieren- oder Blasenentzündung
- Nieren- oder Blasensteine
- Ohrgeräusche

- Rheuma
- Rippenfellentzündung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Schlaganfall
- Lähmungen
- Schwindel
- Tuberkulose(Schwindsucht)
- Thrombosen
- Venenleiden
- Warzen,
- Zysten
- andere:

M) Wurden sie operiert?

Bitte schreiben Sie das Jahr der Operation hinter dem zu treffenden Eintrag

- Blinddarm
- Darm
- Gallenblase
- Gefäße
- Harnblase
- Herz
- Knochenbrüche
- Kopf
- Magen
- Mandeln
- Nieren
- Andere

N) Tragen Sie Implantate?

- bionisches Auge
- Cochlea-Implantat (HörProthese)
- Gelenk Ersatz (z.B Hüftgelenk)
- Herzschrittmacher
- implantierbarer Cardioverter-Defibrillators (ICD)
- Intraocularinsen (grauer Star OP)
- plastisches Implantat (z.B.Brust-Implantate)
- Retina Implantat (Seh – Prothese)
- Schließmuskel-Prothese
- Stent oder Gefäßprothese
- tiefe Hirnstimulation

O) biologische Daten/Körper Daten

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Blutdruck:
1. Wert (Sys)
2. Wert (Dia)

Bitte drucken sie den Bogen nach Möglichkeit aus und bringen ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit. DANKE
Bitte vergessen Sie nicht eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme

Q) Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Bitte tragen Sie nach „am Tag“ oder „in der Woche“ die Menge ein
(z.B. 5 Flaschen oder 2,5 l

- nein
- Bier
 - am Tag,
 - in der Woche,
- Wein
 - am Tag
 - in der Woche
- Spirituosen
 - am Tag
 - in der Woche

R) Rauchen Sie?

- Nein,
- ja, seit _____
- Stück am Tag
- Schachteln/Woche

S) nur für Frauen

- bestehen Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane?
- Nehmen Sie oder nahmen sie die Pille?
- Könnten Sie schwanger sein?
- Stillen Sie?
- Wurde bei Ihnen eine Operation aufgrund von sogenannten Frauen-Krankheiten durchgeführt?

T) nur für Männer

- Bestehen Erkrankungen der Prostata
- Wurde bei ihnen eine Operation der Prostata durchgeführt?

U) Weitere Fragen

- Fühlen Sie sich häufig einsam?
- Haben Sie guten Appetit?
- Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie oder in der Nachbarschaft?
- Haben Sie starken Durst
- nehmen oder nahmen sie Drogen (Hasch, LSD, Crystal Meth oder andere?)
- Nehmen Sie regelmäßig Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- o. Schmerzmittel?
- Schlafen Sie schlecht durch?
- Schlafen Sie schlecht ein?
- Schwitzen Sie rasch?
- Sind sie häufig bedrückt?
- Sind Sie mit ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden?
- Wächst Ihnen alles über den Kopf?

V) sind in ihrer leiblichen Familie folgende Krankheiten aufgetreten?

	Mutter	Vater	Kind	Großel
Diab mellitus:				
Epilepsie:				
Gallen/Nieren/ Harn/ Blasensteine				
Gicht:				
Herzinfarkt:				
Nervenkrankheiten:				
Rheuma:				
Schlaganfall:				
Tuberkulose (Schwindsucht):				
Übergewicht				

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt

Datum

Unterschrift

oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-jährigen* oder geschäftsunfähigen

*Besonderes Einverständnis zur Weitergabe der Daten bei minderjährigen Patient:innen

Der allein Unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.