

Anamnesebogen



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

(wenn möglich die Mobilfunknummer um Nachrichten zu senden)

E-mail:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit etwaigen Risiken besser vorgebeugt werden kann. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf wird Ihnen gerne beim Ausfüllen geholfen.

- | | ja | nein |
|--|----|------|
| 1. Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar', Aspirin®, ASS, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-Kreislaufmedikamente, Hormonpräparate (Pille), Antidiabetika (Insulin oder Metformin)? Wenn ja, welche? | | |
| 2. Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 3. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 4. Besteht eine angeborene bzw. erworbene Blutgerinnungsstörung (z.B. Thrombophilie, Hämophilie)? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 5. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)? Wenn ja, wann und auf welcher Seite? | ja | nein |
| 6. Besteht/Bestand eine weitere Gefäßerkrankung (wie z.B. Durchblutungsstörung, Schaufensterkrankheit, Arteriosklerose, Aneurysma)? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 7. Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)? Wenn ja, welche | ja | nein |

- | | | | |
|-----|--|-----------|-------------|
| 8. | Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenblähung)? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 9. | Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Krampfleiden [Epilepsie], chronische Schmerzen)? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 10. | Befinden sich Implantate im Körper (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stent, Metall, Kunststoffe, Silikon)? Wenn ja, welche? | ja | nein |
| 11. | Kam es schon einmal zu Wundheilungsstörungen wie z.B. Entzündung, Abszess und Fistel? | ja | nein |
| 12. | Kam es schon einmal zu einer Narbenwucherung wie z.B. Keloid? | ja | nein |
| 13. | Haben Sie schon einmal eine Verödung von Besenreisern oder Krampfadern bekommen? | ja | nein |
| 14. | Haben Sie schon einmal eine Operation an den Krampfadern erhalten? Wenn ja, bitte die Seitangabe und das Jahr der Op angeben. | ja | nein |

In der Anlage erhalten Sie noch zwei weitere Dokumente:

- Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten
- Patienteninformation zum Datenschutz

Bitte die beiden Dokumente in der Anlage durchlesen und unterschreiben

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

geboren am

erkläre mich einverstanden, dass im **Venenzentrum Aalen**

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ich habe eine Kopie dieses Dokumentes erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationen gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis / Praxis für Psychotherapie

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. med. Engin Usta

Praxisname: Venenzentrum Aalen Dr. med. Engin Usta

Anschrift: Im Kälblesrain 2

Kontakt Daten: 73430 Aalen

2. Zweck der Datenverarbeitung

Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschläge.

Eine Übersicht der zugrundeliegenden Rechtsgrundlagen kann dem Anhang entnommen werden.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu bestimmten anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z.B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerung, die Sie betreffen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechnigte Empfänger.

4. Ihre Rechte

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,

Hinweis: Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht.

- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Wir weisen darauf hin, dass damit ggf. eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet

**Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a , 70173 Stuttgart**

Stand 25.05.2018

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
 - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
 - Abrechnungsprüfung
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung
 - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen.

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.