

Patienten Auskunft

Die Angaben unterliegen meiner Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Vielen Dank! Petra Schandin

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____

Email: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Mit welchem Hauptproblem kommen Sie zu mir?

Allgemeine Anamnese:

Wann war die letzte Gesundheits- und/oder Vorsorgeuntersuchung (Check-up) bzw. Blutlabor Untersuchung? _____

Haben/Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden bekannten Diagnosen bzw. Vorerkrankungen?

Bluthochdruck (Hypertonus)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes M.)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Niere-/Lebererkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gicht/Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma/COPD	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ansteckende Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____		

Wurden Sie schon einmal operiert?

Was?	Wann?

Mich interessiert, wie Sie auf mich aufmerksam wurden:

Empfehlung , von wem? _____

Internet / Suchmaschine

Sonstiges _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die o.g. Fragen korrekt und vollständig beantwortet habe.
Ich habe die mir ausgehändigten Datenschutzbestimmungen gelesen und erkenne diese an.

Ort/Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter

Behandlungsvertrag:

Ich nehme Kenntnis und bin damit einverstanden, dass ein vereinbarter Termin mindestens 24Stunden (ein Werktag) vorher abgesagt werden muss, ansonsten wird dieser in Höhe von 70,-- Euro in Rechnung gestellt.

Die Behandlungskosten pro Einheit von ca. 50 Minuten, betragen mindestens 80,-- Euro bis maximal 90,--Euro (für das Kalenderjahr 2018)

Der Praxis.Raum übernimmt keine Garantie, dass die Leistungen über Ihre Krankenkasse gefördert werden.

Ort/Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter

Datenschutz

Sehr geehrte Damen und Herren,
am 25. Mai 2018 ist eine neue neue Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Kraft getreten. Aufgrund dieser Verordnung sind wir verpflichtet Ihnen mitzuteilen, dass Ihre personenbezogenen Daten in unserer Praxis im Sinne des Art. 4 Abs. 2 DSGVO verarbeitet werden.

Diese werden für die in Ihrer Angelegenheit notwendigen Zwecke (Anlage einer Karteikarte, Schriftverkehr, Emailverkehr, Rechnung etc.) erhoben, verarbeitet und genutzt.

Wir haben Ihre Daten in unserem System wie folgt gespeichert:

Gemäß Art. 16 DSGVO haben Sie das Recht, die Berichtigung sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten sowie gegebenenfalls die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten – auch mittels einer ergänzenden Erklärung – zu verlangen. Sollte dies in Ihrem Fall nötig sein, so dürfen wir Sie höflich bitten, uns dies mitzuteilen.

Sie haben gemäß Art. 17 DSGVO ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten, soweit wir nicht zur Erhebung oder Aufbewahrung gesetzlich, insbesondere berufs- oder steuerrechtlich verpflichtet sind. Die berufsrechtliche Aufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre, die Aufbewahrungspflicht für steuerrelevante Daten beträgt 10 Jahre. Die betroffenen Daten werden mit dem Ende der jeweiligen Aufbewahrungspflicht gelöscht und/oder vernichtet. Sofern wir Änderungen an den uns vorliegenden personenbezogenen Daten vornehmen, wird dies in unserer Handakte/Kartekarte dokumentiert und Sie werden unter den Voraussetzungen des Art. 19 DSGVO schriftlich hierüber informiert.

Eine Kopie wird ausgehändigt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Petra Schandin

Datum / Unterschrift / Name
