



**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Telefon: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**

**Seit wann? Nähere Angaben:**

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Krampfleiden / neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Operationen / Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....

Rauchen Sie?    Nein     Ja     Wenn ja, wie viel: .....    Nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?    Nein     Ja     Wenn ja, wie viel: .....

Haben Sie Allergien?                      Nein                       Ja

- Gegen Medikamente?                  Nein                       Ja

- Wenn ja, gegen welche? .....

- Andere Allergien? .....



Wie groß sind Sie: ..... (cm)      Wieviel wiegen Sie ..... (kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen?    Nein     zu     ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....  
.....  
.....

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Herzkatheter Nein     Ja

Darmspiegelung Nein     Ja

**Familienanamnese - Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?**

Bluthochdruck Nein     Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein     Ja

Herzerkrankungen Nein     Ja

Schlaganfall Nein     Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein     Ja

Zuckerkrankheit / Diabetes Nein     Ja

Tumorerkrankungen Nein     Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein     Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein     Ja

**Sozialanamnese**

Familienstand:..... Kinder: .....

Für Kinder:    gemeinsames Sorgerecht     alleiniges Sorgerecht     Vater     Mutter

Sport (was & wie oft?) .....

**Gibtes bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?**

.....

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.**

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie **diesen Fragebogen** und **den Bogen bzgl. des Datenschutzes** am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bad Aibling, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

Herrn / Frau: .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: ..... Telefonnummer:.....

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Praxis  
Kleoniki Daoula-Find, Färbergasse 3, 83043 Bad Aibling

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten, die auf einer ärztlichen Verordnung ausgeführt sind, sowie Diagnosen, Therapieempfehlungen und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Dies sind Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, Behandlungspausen (z.B. bei Urlaub, Krankenhausaufenthalt u. ä.). Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Therapeuten/Heilmittelerbringer oder Pflegedienst/-kräfte, bei denen Sie in Behandlung oder Pflege sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefen o. ä.). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen und bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist, notwendig ist oder Sie im Behandlungsvertrag eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte/Therapeuten/Heilmittelerbringer, Pflegedienste/-kräfte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen (z.B. über die einzelnen Kostenträger, Abrechnungsdienstleister, GKV, PKV, BG), zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.



#### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies gesetzlich 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, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, jederzeit über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Sie sind jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft die weitere Verarbeitung Ihrer Daten zu untersagen. In diesem Fall ist diese Willenserklärung zu richten an die Adresse der obigen Praxis. Wir werden Ihre Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang Ihres Wunsches löschen. Darüber hinaus stehen Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

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. Der Kontakt der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Postfach 1349, 91504 Ansbach, Tel.: 0981-1800930, E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de)

#### 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlagen 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 gerne an uns wenden.

#### 7. Folgenden Optionen wähle ich:

Ich stimme der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per E-Mail zu  
 an mich  an andere Behandler

Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb mit darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen mit den Therapeuten in diesem Bereich preisgebe.

Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, mich

per Telefon zu kontaktieren und ggf. eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter zu hinterlassen.

per Fax zu kontaktieren

per E-Mail zu kontaktieren

Ihr Praxisteam Kleoniki Daoula-Find

Eine Kopie dieser Aufklärung und Datenschutz-Information habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung