

Allgemeinmedizinischer Anamnesebogen



Herzlich Willkommen!

Liebe Patient:innen,
als neue/n Patient:in heißen wir Sie herzlich willkommen!

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit (*) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____

Krankenkasse _____ Pflegestufe _____

Privatversichert ☐ ja ☐ nein

Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Gibt es eine Bezugsperson, an die wir uns im Notfall wenden können?

☐ Ehefrau / Ehemann ☐ Mutter / Vater ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwester / Bruder ☐ _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

Bei welchen Ärzten waren oder sind Sie in Behandlung?

Bitte wenden

Allgemeinmedizinischer Anamnesebogen



Sind bei Ihnen / in Ihrer Familie Vorerkrankungen bekannt?

- | | |
|---------------------------|---|
| HIV-Infektion/AIDS | ☐ ja ☐ nein |
| Leberentzündung/Hepatitis | ☐ ja ☐ nein |
| Asthma/Chron. Bronchitis | ☐ ja ☐ nein |
| Tumorerkrankung | ☐ ja ☐ nein |
| Psychische Erkrankung | ☐ ja ☐ nein |
| Nierenerkrankung | ☐ ja ☐ nein |
| Fettstoffwechselstörung | ☐ ja ☐ nein |
| Harnsäurestörung/Gicht | ☐ ja ☐ nein |
| Bluthochdruck | ☐ ja ☐ nein |
| Gelenkerkrankung/Rheuma | ☐ ja ☐ nein |
| Herzkrankheit | ☐ ja ☐ nein |
| Hautkrankheit | ☐ ja ☐ nein |
| Blutzuckerkrankheit | ☐ ja ☐ nein |
| Schilddrüsenerkrankung | ☐ ja ☐ nein |
| Magen-/Darmerkrankung | ☐ ja ☐ nein |
| Anfallsleiden/Epilepsie | ☐ ja ☐ nein |
| Blutgerinnungsstörungen | ☐ ja ☐ nein |
| Osteoporose | ☐ ja ☐ nein |
| Grünen oder Grauen Star | ☐ ja ☐ nein |
| Allergien | ☐ ja ☐ nein |

- Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Wurden bereits Operationen durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, welche & wann? _____

Berufs- und Lebenssituation

- | | |
|-------------------------------|---|
| Schüler:in / Student:in | ☐ ja ☐ nein |
| Hausfrau / Hausmann | ☐ ja ☐ nein |
| Rentner:in | ☐ ja ☐ nein |
| Berufstätig, wenn ja als was? | ☐ ja ☐ nein |

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem täglichen
(Berufs-) Leben, wenn ja welche? ☐ ja ☐ nein

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja ☐ nein

Körpergröße: _____ cm | **Gewicht:** _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Impfausweis?

☐ ja ☐ nein

*Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit.
Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.*

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss

- Wenn ja, in welcher Woche?

*Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn
während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!*

Haben Sie bereits entbunden? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie die Antibabypille? ☐ ja ☐ nein

Monatsblutungen regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

Monatsblutungen stark? ☐ ja ☐ nein

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung und Patienteninformation zum Datenschutz



für _____

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

Hautarztpraxis dermal
MU Dr. Michael Al-Ani | Facharzt für Dermatologie und Venerologie
Hauptstraße 8 | 59755 Arnsberg

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 und Therapieeinrichtungen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc.). 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 erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte oder Therapieeinrichtungen, die Kassenärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Ärztekammer und privatärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.
Die Übermittlung erfolgt zur Abstimmung von medizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine Gesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist.
Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen, 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.

7. WICHTIGER HINWEIS AUSFALLHONORAR TERMINVERSÄUMNIS

Bitte beachten Sie, dass wir für versäumte Termine und Ausfallzeiten ein Ausfallhonorar in Höhe von **50 Euro** in Rechnung stellen können. Terminabsagen sind auch per E-mail an **info@dermal-arnsberg.de** möglich!

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzrichtlinien der Praxis dermal – MU Dr. Michael Al-Ani und den Hinweis auf das Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen und verstanden haben.

Datum

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass meine persönlichen Daten, wie in dieser Erklärung aufgeführt, verarbeitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass MU Dr. Michael Al-Ani und / oder die mich behandelnden Ärzt:innen dieser Praxis Einsicht in meine Patientendaten nehmen.

Datum

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund

Hiermit bevollmächtige ich

für mich bestimmte Rezepte in
Empfang zu nehmen.

Datum

Unterschrift Patient(in) /
Erziehungsberechtigte(r) / Vormund

Ihr Praxisteam

Name und Vorname Patient/Patientin:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Honorarforderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Ärztin/Arzt an die mediserv Bank und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Ärztin/Arzt insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Honorarforderungen durch meine/n Ärztin/Arzt an die mediserv Bank, wobei die Entscheidung über die Übernahme des Delkredererisikos auf die ausschließlich automatisierte Verarbeitung bei der mediserv Bank vorhandener oder dieser durch Dritte bereitgestellter Informationen zu meinem vorangehenden Zahlungsverhalten gestützt werden darf;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch die mediserv Bank an Auskunftsteilen (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägrichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zu meinem vorangehenden Zahlungsverhalten sowie zum Zwecke der Anschriftenermittlung und entbinde die Mitarbeitenden der mediserv Bank insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv Bank die Leistungen meiner Ärztin/meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Ärztin/Arzt sowie die Mitarbeitenden der mediserv Bank gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter/Vertreterin

Gesetzlicher Vertreter/Vertreterin:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Praxisstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv Bank).

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei der mediserv Bank kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 0681 4000789
Fax: 0681 400076

E-Mail: service@arztrechnung.de
Internet: www.arztrechnung.de

Adresse: mediserv Bank GmbH
66094 Saarbrücken

Die Mitarbeitenden der mediserv Bank unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. Die mediserv Bank verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung unseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
Ihre Praxis / Klinik

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüßerath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv Bank ist unter o. g. Anschrift – Abteilung Datenschutz – oder per E-Mail unter datschutz@mediservbank.de erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich; wir raten daher von der Übermittlung sensibler Daten per Mail ab.

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch die mediserv Bank

Die mediserv Bank verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke

■ der Entscheidung über die Übernahme des Delkredererisikos;

■ der Abrechnung, Inrechnungstellung und des Einzugs von Forderungen aus Heilbehandlung aus abgetretenem Recht im eigenen Namen und auf eigene Rechnung, einschließlich der außergerichtlichen und gerichtlichen Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

3. Automatisierte Entscheidungsfindung

Die Entscheidung über die Übernahme des Delkredererisikos kann – auf Grundlage Ihrer Einwilligung – das Ergebnis einer ausschließlich automatisierten Verarbeitung der bei der mediserv Bank vorhandenen oder dieser durch befragte Auskunftsteile bereitgestellten Informationen zu Ihrem vorangehenden Zahlungsverhalten (Informationen über Gläubigermahnungen und Daten aus Inkassoverfahren, Inanspruchnahmen mittels gerichtlicher Verfahren und Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzdaten) sein; Informationen zu vorangehenden Zahlungstörungen führen dabei in der Regel zur Ablehnung der Übernahme des Delkredererisikos gegenüber dem anfragenden Kunden. Dies kann dazu führen, dass der Kunde die Honorarforderung nicht an die mediserv Bank abtrifft und mit Ihnen gesonderte Zahlungsmodalitäten vereinbart. Sie haben im Falle der ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruhenden Entscheidung das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens der mediserv Bank, auf Darlegung Ihres eigenen Standpunkts und auf Anfechtung der Entscheidung. Durch die mediserv Bank erfolgt weder eine eigene Berechnung von Scorewerten noch die Verarbeitung durch Dritte mitgeteilter Scorewerte; eine automatisierte Entscheidungsfindung unter Verarbeitung von Daten einer besonderen Kategorie (insbes. Gesundheitsdaten) erfolgt in keinem Fall.

4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die mediserv Bank verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Einwilligung) und Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO (berechtigtes Interesse an der Verteidigung und Verfolgung von Rechtsansprüchen) i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO (Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) und § 24 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 BDSG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 DSGVO oder § 22 BDSG (erforderlich für Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder zur Verfolgung von Straftaten).

Einwilligungen können jederzeit gegenüber der mediserv Bank widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten; die weitere Verarbeitung personenbezogener Daten ist überdies zulässig, soweit diese auf eine andere Rechtsgrundlage gestützt werden kann.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Identifizierungsdaten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum), Gesundheitsdaten (Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge), durch Auskunftsteile mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über Gläubigermahnungen und Daten aus Inkassoverfahren, Inanspruchnahmen mittels gerichtlicher Verfahren und Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzdaten) und die bei der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen anfallenden Informationen.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftsteile ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; die bei der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen involvierten Stellen (Rechtsanwälte, Gerichte, Vollstreckungsorgane), staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

Weitere Informationen zum Umgang durch die mit der mediserv Bank zusammenarbeitenden Auskunftsteile (Informationen nach Art. 14 DSGVO) finden Sie hier für die

■ infoscore Consumer Data GmbH unter <https://www.experian.de/icd-infoblast>

■ WID WirtschaftsinformationsDienst GmbH unter <https://www.wid-gmbh.de/datenschutzerklaerung/>

7. Dauer der Datenspeicherung

Die mediserv Bank speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der mediserv Bank das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die mediserv Bank zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der mediserv Bank widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber der mediserv Bank widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.