



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung

- zur Datenübermittlung, also für die Zusendung eines Arztbriefes, an den uns von Ihnen genannten Hausarzt bzw. an den überweisenden Kollegen.
- zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäuser anfordern dürfen.
- Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor Bioscientia in Ingelheim zu senden, da diese Untersuchungen in unserer Praxis nicht durchgeführt werden können.

**Sollten Sie mit einer der hier aufgeführten Übermittlung nicht einverstanden sein,
melden Sie uns dies umgehend an der Anmeldung!!!**

Sollten Sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sein, dringende Befundkopien oder Laborergebnisse persönlich entgegenzunehmen

- benennen Sie bitte ein bis zwei Personen mit vollem Namen (s. Blatt 2).

Das gesamte Team unserer Praxis versichert Ihnen, erst nach genauem Abgleich der Personalien mittels Ausweis, Ihre Patientendaten (z.B. Befundkopien, Laborergebnisse usw.) herauszugeben.

Die Herausgabe erfolgt ausschließlich in einem Umschlag. Dieser wird verschlossen und zusätzlich mit dem Praxisstempel an der Verschlussstelle versiegelt. Somit ist ein unbefugtes Öffnen des Umschlags für Sie sofort erkennbar.



NAME _____ VORNAME _____

STRASSE/HAUSNUMMER _____ POSTLEITZAHL _____ ORT _____

GEBURTSDATUM _____ BERUF _____

TELEFONNUMMER _____ EMAIL-ADRESSE _____

HAUSARZT*IN _____ ORT _____

PSYCHOTHERAPEUT*IN _____ ORT _____

Um Sie etwas besser kennenzulernen, bitte wir Sie,
folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus zu beantworten.

GRÖSSE _____ GEWICHT _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien (auch gegen Medikamente) |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rücken-/Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Metallteile Im Körper | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/-rhythmusstörungen | |

welche genau: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja; welche genau: _____

Rauchen Sie? Nein Ja _____ MENGE PRO TAG
Alkoholkonsum? Nein Ja _____ MENGE PRO TAG

Gibt es in der Familie neurologische oder psychiatrische Erkrankungen? Nein Ja

welche genau: _____

Haben Sie einen Rentenantrag oder einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt? Nein Ja
MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT (MDE) _____ GRAD DER BEHINDERUNG _____

Datenschutz Einwilligung und Schweigepflichtentbindung des Patienten

Ich habe die voran gegangene Datenschutzbelehrung gelesen und verstanden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise ändern oder widerrufen kann. Folgende Personen dürfen, unter den in der Belehrung genannten Bedingungen, z.B. Befundkopien oder Laborergebnisse, verschlossen und versiegelt entgegen nehmen.

Person 1: _____
NAME _____ VORNAME _____

Person 2: _____
NAME _____ VORNAME _____

Ich wünsche **keinen** Brief
an meine*n Hausarzt*in _____ Nierstein, den _____
Überweiser*in _____ ORT _____ DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____