



Anmeldebogen

Name, Vorname:	
Straße:	
Telefon:	
Beruf:	
Krankenversicherung:	

Geb.Datum:	
Ort / PLZ:	
E-Mail:	
Hausarzt:	

Wir dürfen Sie anrufen oder erinnern?	J	N
---------------------------------------	---	---

Rauchen Sie?	J	N
--------------	---	---

Waren Sie in den letzten 3 Monaten stationär im Krankenhaus, wenn Ja in welchem und warum?

Haben Sie:

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	J	N
Asthma	J	N
Chronische Bronchitis	J	N
Unverträglichkeiten / Allergien	J	N

Durchblutungsstörung des Herzens	J	N
Andere dauerhafte Erkrankungen	J	N
Raucher	J	N

Welche Medikamente nehmen Sie:

1.	
2.	
3.	
4.	

5.	
6.	
7.	
8.	

Eine Stunde vor Corona-Abstrichen bitte keine Kaugummis, keine Lutschbonbons, keine Mundspülung und keine Zahnpflege anwenden.

Bietigheim,

Datum

Unterschrift



DR. MED. STEFAN GÖPFERT
FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
JAKOB-LORBER-STR. 2
74321 BIETIGHEIM-BISS.
TEL. 07142-44111
FAX. 07142-44932
Info@Dr-Goepfert.de

Name, Vorname:	
----------------	--

Geburtsdatum:	
---------------	--

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

In dieser Patienteninformation informieren wir Sie über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der medizinischen Versorgung.

Bitte lesen Sie sich daher diese Patienteninformation genau durch.

Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

1. Abrechnung

Damit wir eine Vergütung für unsere Leistungen erhalten, muss ich eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermitteln wir gem. § 295a SGB V Ihre Daten verschlüsselt an die zuständigen Rechenzentren, die vertraglich zur Einhaltung der sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen verpflichtet ist. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt das Rechenzentrum aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei, die den Krankenkassen verschlüsselt zur Verfügung gestellt wird.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

2. Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung und Behandlung sicherstellen zu können (z. B. Überleitungsmanagement; Behandlungsmanagement; Therapieempfehlungen; Versorgungsprogramme), ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten, Therapeuten und sonstigen Leistungserbringern (Labore, Fachlabore, Apotheken, Pflegediensten) sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre vorherigen Abrechnungsdaten sowie Ihre Anamnese, Befunde, Verläufe, Medikation, besondere Vorkommnisse und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten, Therapeuten und sonstigen Leistungserbringern ausgetauscht werden.

Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Beim künftigen Wechsel des behandelnden Hausarztes übergeben wir Ihrem neu gewählten Hausarzt eine Kopie der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte im hier genannten Umfang zur weiteren Behandlung. Das geschieht aber nur mit Ihrer Einwilligung. Dies bezieht sich auf alle Leistungserbringer, auch auf einen Vertreterarzt und einen Praxismachfolger, wenn Sie sich in deren Behandlung begeben.

Die Aufbewahrungsfristen Ihrer Daten ist gesetzlich geregelt.

Aktualisierungen dieser Vereinbarung werden in Folge in der Praxis ausgelegt.

Sie stimmen auch zu, dass wir Informationen von anderen Leistungserbringern oder Krankenkassen per Fax, Email anfordern können.

3. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ja, ich bin mit der Patienteninformation zum Datenschutz und der beschriebenen Datenerhebung, Verarbeitung und –nutzung im Rahmen meiner Behandlung einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Zugleich entbinde ich meine Ärzte im hier genannten Umfang und zu den hier genannten Zwecken von ihrer Schweigepflicht.

Bietigheim, _____
Datum

Unterschrift

Sollten Sie mit den Datenschutzbedingungen nicht einverstanden sein, müssen wir eine weitere Behandlung ablehnen.