Praxis für Präventivmedizin
Dr. Matthias Thiel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen in der Praxis Dr. M. Thiel

Mit dem Ausfüllen des folgenden Anamnesebogens erleichtern Sie uns den Einstieg in Ihre Behandlung.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Email: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Vorerkrankungen: _____

Orthopädische Operationen: _____

(Dauer-)Medikamente: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

Blutungsneigungen (z.B. Einnahme ASS, Marcumar): _____

Besteht momentan eine Arbeitsunfähigkeit? O ja O nein

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein

Grund der jetzigen Behandlung: _____

Schmerzskala (NAS) von 1 – 10 (1 schwach; 10 stark): _____

Hausarzt: _____

Bitte geben Sie mitgebrachte Befunde direkt am Empfang ab.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Datum: _____ Unterschrift d. Patienten: _____

Praxis für Präventivmedizin
Dr. Matthias Thiel
Kindergartenweg 25
66773 Hülzweiler
Tel 06831 / 645 98 98
Fax 06831 / 645 98 99
info@longevity-thiel.de
www.longevity-thiel.de

Praxis für Präventivmedizin
Dr. Matthias Thiel

Patienten-Datenschutzvereinbarung

1. Ich bin damit einverstanden,

dass durch die Praxis Dr. med. Matthias Thiel, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kindergartenweg 25, 66773 Hülzweiler, Tel.: 06831 / 645 98 98, E-Mail: info@longevity-thiel.de

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt
- den Auftragsdatenverarbeiter der Praxisverwaltungssoftware Zollsoft GmbH, Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena,
- Haus & Gross it. Services GmbH (Systemadministration)
- Bioscientia MVZ Labor Saar GmbH, Otto-Kaiser-Straße 8a, 66386 St. Ingbert

weitergegeben oder übermittelt werden und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z.B. Terminvereinbarungen, Absagen von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der Ärztkammer des Saarlandes, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/ Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

_____ _____

Unterschrift des/der Patient/in (Sorgeberechtigte/r) | Ort, Datum

2. Informationen und Widerrufbarkeit gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehenden geanannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden,
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- Mit der Folge, dass z.B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann,
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen,
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:
Praxis Dr. med. Matthias Thiel, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
Kindergartenweg 25, 66773 Hülzweiler, Tel.: 06831 / 645 98 98, E-Mail: info@longevity-thiel.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

_____ _____
Unterschrift des/der Patient/in Ort, Datum
(Sorgeberechtigte/r)

3. WICHTIG / UNBEDINGT ANGEBEN!
Persönliches Passwort für telefonische Anfragen/Rückfragen:

Bedeutet: Wenn Sie bei uns anrufen, müssen wir als Praxis sicher stellen, dass Sie der/die richtige Patient/in am Telefon sind. Hierfür hinterlegen Sie ein Kennwort, dass Sie sich selbst überlegen und merken.

_____

4. Aufrufen der Patienten im Wartezimmer

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die Patienten im Rahmen der Behandlung in der Praxis dr. med. Matthias Thiel weiterhin mit Namen und ggf. auch mit Ihrem Vornamen im Wartezimmer aufgerufen werden.

_____ _____
Unterschrift des/der Patient/in Ort, Datum
(Sorgeberechtigte/r)