



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? ☐ ja ☐ nein	
wenn ja, seit wann: _____	
Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ 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.

Ort / Datum	Unterschrift des/der Patient/in
-------------	---------------------------------





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
- Biovis Diagnostik MVZ GmbH, Brüsseler Str. 18, 65552 Limburg-Eschhofen
- IPgD (Genetik), Hermann-Ehlers-Straße 9, 31224 Peine
- Proteopath GmbH (Genetik), Max-Planck-Straße 17, 54296 Trier

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 Ärztekammer 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 Mitarbeitern/innen und Therapeuten/innen genutzt werden.

Ort / Datum

Unterschrift des/der Patient/in





2. INFORMATIONEN UND WIDERRUFBARKEIT GEM. ART. 13 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

- Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehenden genannten 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

Ort / Datum

Unterschrift des/der Patient/in

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.

Ort / Datum

Unterschrift des/der Patient/in





3. WICHTIG / UNBEDINGT ANGEBEN!

Persönliches Passwort für telefonische Anfragen/Rückfragen

Bedeutet: Wenn Sie bei uns anrufen, müssen wir als Praxis sicherstellen, 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.

Ort / Datum

Unterschrift des/der Patient/in

