

| | |
|----------------------|--|
| Name, Vorname | |
| geb. am | |
| Straße, PLZ, Wohnort | |
| Krankenkasse | |
| Telefon Festnetz | |
| Telefon Mobil/Handy | |
| e-mail | |
| Erlerner Beruf | |
| Ausgeübte Tätigkeit | |

Herzlich willkommen in unserer Familycare Familienarzt-Praxis!

Um Sie kennen zu lernen bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sie ermöglichen uns damit eine genaue Anamneseerhebung und damit eine gute Behandlung.

Alle nachfolgend gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte lesen Sie auch unsere Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) die im Wartebereich für Sie aushängt oder online auf unserer Website www.familycareberlin.de einsehbar ist.

1. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit/Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Andere Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Asthma bronchiale/ chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Harnsäure/Gichtkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Psychiatrische Erkrankungen (z.B. Angststörung, Depression) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gelenkerkrankungen/Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Krankheiten:

2. Fanden bei Ihnen Operationen statt?

| OP | Jahr |
|----|------|
| | |
| | |
| | |

3. Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?

| Medikament+Dosis | früh | mittags | abends | zur Nacht |
|------------------|------|---------|--------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4. Besitzen Sie Impfausweise oder Impfdokumente?

nein ja Bitte bringen Sie alle ggf. vorhandenen Impfdokumente beim nächsten Besuch mit.

5. Besteht bei Ihnen eine Allergie?

nein ja, und zwar gegen: _____

6. Sind Sie noch bei anderen Ärzten regelmäßig in Behandlung?

| Name des mitbehandelnden Arztes, Adresse | Fachrichtung |
|--|--------------|
| | |
| | |
| | |

7. Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, Schwangerschaftswoche: _____

Geburten? nein ja, Anzahl: _____

Nehmen Sie die Antibabypille? nein ja, Präparat: _____

8. Auf die familycare-Praxis wurde ich aufmerksam durch:

9. Ich bin einverstanden, dass mich die Praxis ggf. an wichtige Termine erinnert oder zur Mitteilung von Untersuchungsergebnissen kontaktiert:

per Telefon: ja nein

per e-mail: ja nein

10. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die DSGVO in Kenntniss gesetzt wurde und damit einverstanden bin.

Datum

Unterschrift

Dr. Bernhard König
familycare
Karl-Marx-Allee 82-84
10243 Berlin

Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Der Betrieb einer modernen Praxis wird aber häufig dadurch vereinfacht, dass wir auch solche Datenverarbeitungen vornehmen können, für die wir eine Einwilligung von Ihnen benötigen.

Die einwilligungsrelevanten Datenverarbeitungen sind unten aufgeführt. Sie sind für den Betrieb einer Praxis üblich und dienen auch Ihrem und unserem Komfort. Wir möchten Sie daher bitten, mittels Unterschrift Ihre Zustimmung zu der / den Datenverarbeitung(en) zu erteilen. Sie können auch einzelne Datenverarbeitungen ganz oder teilweise streichen.

Ihre Behandlung ist von der Abgabe der Einwilligung unabhängig. Sie können diese auch jederzeit durch Mitteilung an uns ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen. Die entsprechende Datenverarbeitung wird dann nicht mehr vorgenommen. Es können jedoch weitergehende Aufbewahrungsfristen bestehen; die Daten werden dann nach Ablauf dieser Fristen gelöscht.

Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis zu den nachfolgend aufgeführten Datenverarbeitungen:

• **Abrechnung von Praxisleistungen durch Drittdienstleister**

Die Abrechnung (u. a. Rechnungserstellung und Forderungseinziehung) kostet uns viel Zeit und macht erheblichen Aufwand. Wir haben daher das spezialisierte Abrechnungsunternehmen PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG, Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen beauftragt, die hierfür erforderlichen Arbeiten durchzuführen. Zu diesem Zweck übermitteln wir die zur Abrechnung erforderlichen Daten (insb. Kontaktdaten, Geburtsdatum, nach der Gebührenordnung erbrachte Leistungen, weitere abrechnungsbezogene Leistungsdaten und ggf. die mit uns geschlossenen Vereinbarungen).

• **Erinnerungen und Recall**

Ein regelmäßiger Arztbesuch kann für Ihre Gesundheit sinnvoll sein und Kosten sparen. Hieran möchten wir Sie ggf. genauso erinnern wie an bevorstehende Termine (Telefon, E-Mail, Postkarte, SMS, App-Mitteilung). Einige dieser Dienste erfolgen durch unsere Mitarbeiter der Praxis oder durch das von uns beauftragte Unternehmen „Doctolib“ über welches Sie auch selbst Onlineterminvereinbarungen durchführen können.

• **Informationsmitteilungen**

Gelegentlich senden wir unseren Patienten aktuelle Informationen zu unserer Praxis wie z. B. Änderungen der Öffnungszeiten, Praxisurlaub oder andere Mitteilungen. Hierfür möchten wir verschiedene Kommunikationskanäle nutzen (Telefon, E-Mail, Postkarte, SMS, App-Mitteilung).

• **Grußkarten und Verlosungen**

Zu besonderen Anlässen versenden wir Glückwünsche (z. B. Grußkarten zu Geburtstagen, Jahrestagen, Feiertagen) oder wir führen Verlosungen durch. Hierfür nutzen wir Ihren Namen und Ihre Anschrift und benachrichtigen Sie auf einem der nachfolgenden Wege (E-Mail, Postkarte, SMS, App-Mitteilung).

• **Auskunfts berechtigte Personen**

Die nachfolgenden Personen dürfen Auskunft über meine Gesundheitsdaten (anstehende Termine, Kurzzusammenfassung Befunde) erhalten:

.....
.....

Ich bestätige, mit der Verarbeitung meiner Daten in dem oben genannten Umfang und zu den oben genannten Zwecken einverstanden zu sein. Ich konnte Fragen stellen und erteile die Einwilligung freiwillig.

In demselben Umfang und beschränkt auf die jeweiligen Bearbeitungszwecke entbinde ich den behandelnden Arzt und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

Ort, Datum

Patient /ges. Vertreter