

Patientenerklärung, Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Die persönlichen Daten zu Ihrer Person und besonders zu Ihren Beschwerden oder Erkrankungen stehen in Deutschland unter dem besonderen Schutz des „Bundesdatenschutzgesetzes“. Die Angaben zu Ihren Beschwerden und Erkrankungen fallen nach dem Bundesdatenschutzgesetz unter die höchste Sicherheitsstufe. In Bayern wacht der bayerische Landesdatenschutzbeauftragte über die sorgfältige Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes durch alle Personen, Firmen oder Institutionen, welche Ihre Daten verarbeiten. In unserer Praxis wird das Bundesdatenschutzgesetz sorgfältig eingehalten. Zudem ist es ein wichtiger Pfeiler unseres praxiseigenen Qualitätsmanagementsystems. Alle Mitarbeiter/innen der Praxis sind diesbezüglich sorgfältig geschult und zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Wenn wir von Ihnen für verschiedene Zwecke Daten erheben und speichern, so müssen Sie dem für jeden einzelnen Zweck schriftlich zustimmen. **Diese Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen.**

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Datenerhebung, Verarbeitung (u. a. der anonymisierten Verwendung meiner Krankendaten im Rahmen der Qualitätssicherungssicherungsmaßnahmen und der wissenschaftlichen Arbeiten in der Praxis), Nutzung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Behandlung sowie zur Befundung und Abrechnung einverstanden.

Um Sie untersuchen, beraten und behandeln zu können, zur Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen, müssen wir Ihre personenbezogenen Daten und die Daten zu Ihren Erkrankungen/Beschwerden elektronisch erheben, verarbeiten und weitergeben an Abrechnungsstellen, die kassenärztliche Vereinigung und an Ihren Krankenversicherungsträger bzw. Hausarzt.

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Vor Beginn der Untersuchung müssen wir einige Fragen allgemeiner Art und nach Ihren gegenwärtigen Beschwerden an Sie richten. Die gewissenhafte und sorgfältige Beantwortung der Fragen wird unser anschließendes Gespräch erleichtern. Beantworten Sie die Fragen bitte durch Ankreuzen des zutreffenden Kästchens oder schriftlich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte beantworten Sie alle Fragen!

A. Allgemeine Angaben

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

	nein	ja
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte alle Medikamente nennen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Haben Sie in der Woche vor Beginn der jetzigen Beschwerden Medikamente genommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

5. Nehmen Sie Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein (z. B. ASS, Marcumar etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

welche: _____

7. Sind bei Ihnen Nahrungsmittelallergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

welche: _____

8. Ist bei Ihnen Asthma bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Wie viel trinken Sie pro Tag?

Weniger als 1 Liter? Weniger als 2 Liter? Weniger als 3 Liter?

10. Welchen Beruf üben sie aus? _____

11. Sind Sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

B. Urologische Beschwerden

- | | nein | ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12. Hatten Sie schon als Kind Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wurde schon eine Salbentherapie durchgeführt, wenn ja womit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen oder Sexualverkehr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sind Infektionskrankheiten bekannt, wenn ja, welche: _____ | | |

C. Hauterkrankungen/Hautveränderungen

- | | nein | ja | manchmal |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Hat sich die Hautveränderung in den letzten Wochen verändert?
Wenn ja, wie (Jucken, Wachstum, Verschorfung?): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Hatten Sie bereits einen dermatochirurgischen Eingriff?
Wenn ja, wann und an welcher Körperstelle? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Traten dabei Probleme auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Neigen Sie zu überschießenden Narbenbildung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Stellen Sie irgendwelche anderen juckenden Hautveränderungen am Körper fest?
welche und wo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ist bei Ihnen eine Neurodermitis bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. Hatten sie als Kind Neurodermitis oder Milchschorf?
welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23. Ist bei Ihnen allergischer Schnupfen bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

E. Sonstige Beschwerden

Wenn Sie weitere oder andere Beschwerden haben, welche hier nicht erwähnt sind, so tragen Sie diese bitte hier ein.

25. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Anderer Arzt	<input type="checkbox"/>
Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Zeitung	<input type="checkbox"/>	Instagram	<input type="checkbox"/>
Flyer	<input type="checkbox"/>	Jameda	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Ihre Kritik:

Bitte sagen Sie uns hier, was Ihnen bei uns gefällt oder nicht gefällt. Nur durch Ihre Kritik können wir Fehler erkennen und uns täglich bemühen besser zu werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Insbesondere die vollständige Beantwortung der Fragen nach Ihren bekannten Erkrankungen und nach den Medikamenten, welche Sie einnehmen, dient Ihrer Sicherheit im Hinblick auf die von uns vorgeschlagenen Untersuchungen und Behandlungen.

Datum _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Hausarzt _____

Urologe/ Gynäkologe/Hautarzt _____

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters