

Krankheitsvorgeschichtebogen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name, Vorname: _____

geb.am: _____

Telefonnummer: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Hausarzt: Name: _____

Adresse: _____



www.mein-hautarzt.de

FACHARZTPRAXIS FÜR DERMATOLOGIE
Dres. med. Peter/Seeber/Altheide

Wandsbeker Marktstr. 48
22041 Hamburg

info@mein-hautarzt.de
Tel. (040) 6886 0330
Fax: (040) 6886 03322

Vorerkrankungen: _____

Sind ansteckende Erkrankungen bekannt? HIV, Hepatitis, _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Medikamentenplan ggf. beifügen.

Sind bei Ihnen Medikamentenallergien bekannt?

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichteinhaltung eines Termins - ohne Absage - eine Ausfallpauschale von 25€ erheben. Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 h vorher per Fax oder Anrufbeantworter (Anrufbeantworter läuft 24 Stunden) unter der Telefon-Nr. 040-68860330 ab. Termine bitte **nicht** per E-Mail absagen.

Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner besonderen personenbezogenen Daten durch die Facharztpraxis für Dermatologie ein. Diese Daten werden zur Erfüllung des Leistungsvertrages benötigt.

Es handelt sich hierbei um besondere personenbezogene Daten (Gesundheitsdaten, biografische Angaben usw.), die erhoben, genutzt, verarbeitet, gespeichert und übermittelt werden (z.B. an Labor, Histologie).

Die „Pflichtinformation gemäß Datenschutz-Grundverordnung“ ist im Wartezimmer ausgehängt und wurde von mir zur Kenntnis genommen. Ein entsprechender Flyer kann am Empfang ausgehändigt werden.

Ich bin einverstanden, dass Dres. Peter, Seeber, Altheide meinen Hausarzt und/oder den überweisenden Arzt gemäß §73 Abs. 1 b SGB V über die Untersuchungsergebnisse informieren dürfen.

Widerruf

Ich kann diese Einwilligung zu jeder Zeit widerrufen. Der Widerruf ist nur für die Zukunft möglich und nicht für bereits erfolgte Datenverarbeitungsvorgänge.

Im Falle meines Widerrufs kann es zu Einschränkungen bis hin zur Einstellung aller Leistungen durch die Facharztpraxis für Dermatologie, Dres. Peter, Seeber, Altheide mir gegenüber kommen.

Hamburg, den _____ **X** _____

Dres. Peter/Seeber/Altheide

Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)



www.mein-hautarzt.de

Pflichtinformation gemäß Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO)

Facharztpraxis für Dermatologie
Dres. med. Peter, Seeber, Altheide
Wandsbeker Marktstraße 48
22041 Hamburg
Tel: (040) 6886 0330
Fax: (040) 6886 03322

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind:
Frau Dr. med. Corinna Peter
Herr Dr. med. Nikolaus Seeber
Herr Dr. med. Friedrich Altheide
Wandsbeker Marktstraße 48, 22041 Hamburg
Tel: (040) 6886 0330

Der Datenschutzbeauftragte der Praxis ist
Herr Lars Bozenhardt
BoConos GmbH
Mail: lb@boconos.com

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und Gesundheitsämter sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Für Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Untersuchungen auf Pilz- und Bakterienbefall) handelt es sich hier um:

Labor Heidrich & Kollegen MVT
Klinikweg 23, 22081 Hamburg

Für Gewebeuntersuchungen nach Operationen handelt es sich um die Praxis:

Dr. med. Julia Röglin/ Dr. med. Achim Hoos
Rosengarten 95-96, 22880 Wedel

In Einzelfällen kann es notwendig sein, dass die o.g. Labore Spezialuntersuchungen an andere Labore weiterleiten werden. Für Rückfragen hierzu wenden Sie sich bitte direkt an die beiden Labore.

Bei gesetzlich versicherten Patienten werden zur Abrechnung Daten weitergeleitet an die:

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040-228020

Bei privatärztlichen Leistungen erfolgt zur Rechnungserstellung keine Weitergabe der Daten an Abrechnungsstellen. Die Kontoauszüge werden im Rahmen der Buchhaltung eingesehen durch:

BUST Hamburg
Hans-Henny-Jahnn Weg 23, 22085 Hamburg

Im Rahmen eines eventuell notwendigen Mahnverfahrens erfolgt eine Datenweitergabe an die Rechtsanwälte:

Kanzlei Düwel & Zinger
Berliner Straße 3-5, 25335 Elmshorn

Falls Briefe oder Befunde, die wir an Sie verschicken, nicht zugestellt werden können, erfolgt eine kostenpflichtige Adressen-ermittlung über:

Supercheck GmbH
Friesenweg 4, Haus 12, 22763 Hamburg

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Klosterwall 6 (Block C), 20095 Hamburg
Tel.: 040-428544040

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.