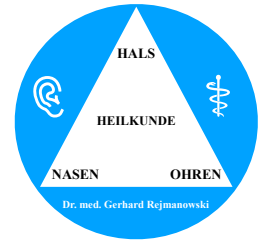


HALS - NASEN - OHREN - ARZTPRAXIS

Dr. med. Gerhard Rejmanowski

ANAMNESEBOGEN



Name, Vorname _____

Geburtstag, Alter _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Festnetz-/ Handynummer _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja: _____

Sind Allergien bekannt? Nein Ja: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Bluthochdruck: Nein Ja Herz-Erkrankung: Nein Ja Diabetes: Nein Ja

Asthma/COPD: Nein Ja Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC): Nein Ja

Sonstige: _____

Wurden bereits Operationen im HNO-Bereich durchgeführt? Nein Ja: _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Wünschen Sie eine Früherkennungsuntersuchung auf Kehlkopfkrebs (50€) ? Nein Ja

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Nein Ja Stillen Sie zur Zeit? Nein Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Bekannte Sonstiges

Hiermit habe ich zur Kenntnis genommen, dass bei einem nicht eingehaltenen Termin, der nicht per Telefon (040-6524892) oder per E-Mail (hno-wandsbek@web.de) 24 Stunden vorher abgesagt worden ist, eine Gebühr von 40€ erhoben wird.

Hamburg, den _____ Unterschrift: _____



Datenschutz und Einwilligungserklärung

Liebe Patienten und Patientinnen, wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich Willkommen! Damit wir bei Ihnen die notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Diese Daten werden von uns elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass dies nach § 4 Abs. 1 und 28 Abs. 7 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) grundsätzlich auch ohne Einwilligung der betroffenen Personen zulässig ist, wenn (wie vorliegend) die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zur Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung erforderlich ist. Hiervon ausgehend bedarf es daher nicht einer ausdrücklichen Einwilligung Ihrerseits in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis. Dennoch möchten wir Sie über die maßgeblichen Hintergründe informieren. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen selbstverständlich nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern für das gesamte Praxispersonal. Unabhängig davon bedarf es jedoch im Hinblick auf die Korrespondenz (z. B. Arztbrief) mit Ihrem Hausarzt oder - soweit erforderlich - anderen Ärzten, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Information untereinander ist bei der Behandlung durch mehrere Ärzte wichtig und sinnvoll und dient auch der Vermeidung überflüssiger Doppeluntersuchungen. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hiermit erkläre ich, _____, geboren _____
(Nach- & Vorname in Druckbuchstaben) (Geburtstag)

mich damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dr. med Gerhard Rejmanowski, HNO-Arzt, Öjendorfer Damm 50, 22043 Hamburg, Tel. 040-6524895, Fax 040-68913008, E-Mail hno-wandsbek@web.de die mich betreffenden Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere den Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Rejmanowski, die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde (Anamnese, Laborwerte, Ergebnisse messtechnischer und bildgebender Diagnostik) an den überweisenden Arzt zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung nach § 73 Absatz 1b Satz 2 1. Halbsatz des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) übermittelt. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dr. Gerhard Rejmanowski, die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gemäß § 73 Absatz 1b Satz 2. Halbsatz SGB V erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die HNO Praxis Dr. Gerhard Rejmanowski die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt. Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Hamburg, den _____ Unterschrift: _____