

Patientenfragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,



um Ihnen die bestmögliche Betreuung in unserer Praxis zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, kurz die unten aufgeführten Fragen zu beantworten.

Gerade im Falle von Vorerkrankungen ist es für uns wichtig zu wissen, ob und welche Medikamente Sie einnehmen. So können ggfs. Wechselwirkungen vermieden werden.

Name, Vorname	
bei Kindern: Vorname und Name des Elternteils	
Telefon / Handy:	
email:	
Hausarzt / Kinderarzt:	
Grund meines heutigen Besuches:	

	Ja	Nein	?	Wenn ja, welche
Sind chronische Erkrankungen bekannt? z.B. Bluthochdruck, Diabetes / koronare Herzerkrankungen, Magengeschwüre, etc.				
Bestehen ansteckende Erkrankungen, z.B. HIV, Hepatitis, Masern, Typhus, Tuberkulose, Gürtelrose oder weitere?				
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS, Plavix?				
Nehmen Sie regelmässig weitere Medikamente ein?				
Sind Allergien, auch gegen Medikamente, bekannt?				
Sind Sie bereits Träger eines Hörgerätes?				wenn ja, seit Seite:
Sind Sie schwanger?				
Raucher?				
Wurden Sie schon einmal im HNO-Bereich operiert?				

Vielen Dank!

Sollten sich im Rahmen der HNO-ärztlichen Behandlung relevante Befunde ergeben, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Hess einen Arztbrief an meinen Hausarzt bzw. mitbehandelnden Arzt verschickt.

Viernheim, den.....

.....

Unterschrift

Informationen zum Datenschutz und Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zum Zweck der 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!

Einwilligungserklärung

Ich

....., geb.

erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Wolfram Hess

die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde (Anamnese, Laborwerte, Ergebnisse messtechnischer und bildgebender Diagnostik) an meinen Hausarzt 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 Praxis Dr. med. Wolfram Hess die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gem. § 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 Praxis Dr. med. Wolfram Hess 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.

Datum, Unterschrift