

ORTHO-PEDE

Zentrum für Fuß & Sprunggelenk

Dr. med. Stefan Böhr

Goethestr. 26A

14163 Berlin-Zehlendorf

030 -3439 5947

## Anamnesebogen

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift:.....

Tel.Nr. /Handy: .....

Versicherung:.....

E-Mail: .....

Beruf: .....

Aktuelle Beschwerden: .....

..... Seit: .....

Allergien: .....

Blutverdünnende Medikamente: .....

Medikamente: .....

Operationen/wann?: .....

Chronische Erkrankungen: .....

Diabetes: ..... wenn Ja: Insulinpfl./Tablettenpfl.?: .....

Hausarzt: ..... Physiotherapeut: .....

Hausorthopäde /zuweisender Orthopäde: .....

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

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

Praxisname: Zentrum für Fuß & Sprunggelenk Privatpraxis Dr. Stefan Böhr

Adresse: Goethestr. 26 A, Eingang Schillerstr., 14163 Berlin

Kontaktdaten: Tel: 030 – 3439 5947

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. med. Stefan Böhr

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Name: s.o.

Anschrift: s.o.

Kontaktdaten: s.o.

## 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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psycho- und Physiotherapeuten, 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. 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 / Psycho- und Physiotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und unsere privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS) 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.

**Beide Boxen müssen angekreuzt werden, sie können dies jederzeit widerrufen.**

Wir arbeiten zusammen mit dem medizinischen Schreibdienst Sylke Baur (31535 Neustadt). Datenschutzgesetz und Schweigepflicht gelten selbstverständlich unverändert auch für unseren Dienstleister.  ich stimme zu

Zur Auftragsverarbeitung nutzen wir die IT- Betreuung der Gotthardt Informationssysteme, die sich im Rahmen Ihrer Verträge mit uns an das neue Datenschutzgesetz halten müssen. Durch notwendige technische Betreuung können Einsichten im Rahmen der Fernwartung in Patientendaten stattfinden.  ich stimme zu

X

Datum + Unterschrift

#### 4. 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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### 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:

Name: Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Friedrichstr. 219 in 10969 Berlin

Tel.: 030- 138890

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam

X

Datum + Unterschrift

Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin		Vorname*
geboren am		Nachname*
		Geburtsdatum*
		Straße, Nr.*
		PLZ, Ort*
<small>*nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen</small>		

Behandler (Praxisstempel)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

**PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG**

Gewerbestraße 21  
86720 Nördlingen  
www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0  
Telefax 09081 2926-59  
info@pas-hammerl.de

**Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



**PAS DR. HAMMERL**

**Informationen für Patienten nach Art. 13 DSGVO**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ausgesprochen wichtig. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten wir verarbeiten, steht Ihnen jederzeit unser Datenschutzbeauftragter zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG  
Datenschutzbeauftragter  
Gewerbestraße 21  
86720 Nördlingen  
Telefon 09081 2926-0  
datenschutz@pas-hammerl.de

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Ihre PAS Dr. Hammerl



**PAS DR. HAMMERL**