HNO Zentrum Hof – Gemeinschaftspraxis für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Gilbert Sommer / MUDr. Zuzana Krišśák / Dr. med. Karl-Heinrich Ahrens (angestellter Arzt) / Dr. Andreea Hiemer (angestellte Ärztin)
Wunsiedler Str. 59, 95032 Hof www.hno-hof.de info@hno-hof.de 09281 / 82 13 66

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir bitten Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen, die zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes dienen und die Behandlung in unserer Praxis vorbereiten.
Ihre Angaben unterliegen auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: ….....……..

Adresse: .....
(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Telefonnr.: ☐ (Privat | Arbeit | Handy?) .....

☐ (Privat | Arbeit | Handy?) .....

Email: ☐ (Privat | Arbeit?) .....

Beruf: .....Krankenkasse: ..….....……..

Hausarzt: ……..……

Aktuelle Beschwerden: ……..……

Größe: …… cm Gewicht: ……..kg

Rauchen: ☐ nein/ ☐ ja, ……Zig. / Tag, Alkohol: ☐ nein/ ☐ ja, …… / Tag, Drogen: ☐ nein/ ☐ ja

Hörgeräte: ☐ nein/ ☐ ja, seit …….

Nebenerkrankungen (bitte unterstreichen oder ausfüllen, falls zutreffend)**:**

•Herz-/Kreislauferkrankungen: ……..……..……...

☐ Bluthochdruck ☐ Herzschrittmacher ☐ Stents ☐ künstl. Herzklappe ☐ Herzrhythmus

•Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)- falls ja, Therapie: ☐ Insulin ☐ Tabletten ☐ Diät

•Schilddrüsenerkrankungen: ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Hashimoto ….……..……

•Atemwegs- / Lungenerkrankungen (welche?) ……..…...

•Magen- / Darm- / Lebererkrankungen ……

•Nervenerkrankungen: ……

•Augenerkrankungen: ……..……

•Bösartige Erkrankungen: .....……..……

•Allergien: ☐ Heuschnupfen ☐ Antibiotika ☐ Schmerzmittel ☐ Kontrastmittel ☐ Jod ☐ Pflaster

Andere: ……..…..……

•Sonstige Krankheiten: .....……..……..

Medikamenteneinnahme: haben Sie eine Liste? Falls ja, bitte vorlegen.

Medikamente: ……..……..…...

Blutverdünner: ☐ ASS ☐ Marcumar ☐ Xarelto ☐ Eliquis oder: ……

Für Patientinnen:

Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein ☐ unsicher, falls ja, welcher Monat: ……. Stillen: ☐ ja ☐ nein

…….. ……..……..……..…

Ort, Datum **Unterschrift Patient / in oder Erziehungsberechtigte / r**

Bitte wenden !

HNO Zentrum Hof – Gemeinschaftspraxis für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Gilbert Sommer / MUDr. Zuzana Krišśák / Dr. med. Karl-Heinrich Ahrens (angestellter Arzt) / Dr. Andreea Hiemer (angestellte Ärztin)
Wunsiedler Str. 59, 95032 Hof www.hno-hof.de info@hno-hof.de 09281 / 82 13 66

Einwilligungserklärung Datenschutz

Patient: ..... Hausarzt: ……..……..…….....

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, verarbeitet, speichert oder weiterleitet. Die rechtliche Grundlage ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO. Für GKV-Patienten zudem aus §73 Abs. 1b SGB V.

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG
Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer medizinisch notwendigen Maßnahme.
Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben.
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

EMPFÄNGER IHRER DATEN
Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z.B. Hausarzt, weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken etc.) wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, **eingeholt werden können**.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, **weitergeleitet werden können**.

☐ Ich willige freiwillig ein, dass meine Behandlungsdaten nach Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO i.V.m. GDNG für wissenschaftliche Zwecke sowie Therapieentwicklung, Versorgungsforschung, Forschungsdesign/ -Konzepte, Studienempfehlungen, Qualitätssicherung, gesundheitsökonomische Erhebungen verwendet, gespeichert, anonymisiert und ausgewertet werden dürfen. Erfasst sind Daten der letzten 5 Jahre sowie zukünftige Daten für bis zu 5 Jahre. Die Weitergabe an die MPiriQ Science Technologies GmbH und den Datentreuhänder erfolgt pseudonymisiert. Details dazu unter: https://www.mpiriq.de/datenverarbeitung-patienten und https://www.mpiriq.de/datenschutz-patienten

Die Praxis bietet Ihnen für die Übermittlung eigener Daten und Befunde einen verschlüsselten und passwortgeschützen Mailverkehr an. Nur mit Ihrer Einwilligung können wir Ihnen unverschlüsselte / passwortfreie Mails übersenden.

☐ Ich stimme der unverschlüsselten und passwortfreien Übersendung per Mail zu.

☐ ch bin damit einverstanden, dass das HNO-Zentrum Hof Informationen an folgende Angehörige weitergibt bzw. Rezepte / Dokumente / Sonstiges aushändigen darf, sofern deren Identität festgestellt wurde. Die Feststellung erfolgt mit dem Personalausweis.
Name, Telnr. , Geburtsdatum des / der Angehörigen: ……

……...
Diese Einwilligungen können jederzeit, auch einzeln, widerrufen werden und gelten bis Widerruf.

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.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung/en jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft per Brief / Mail widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Behandlungen.

…….. ……..……...
Ort, Datum **Unterschrift Patient / in oder Erziehungsberechtigte / r**