	<b>QM-Handbuch</b>  <b>Mitgeltende Dokumente</b> <b>Anmeldebogen (GEK)</b>	Freigegeben auf Seite 1	Seite 1 von 2
		Check: Januar	Version 9

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_ Ort/ PLZ \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Telefonnr./ Handynr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Aufgrund welcher Erkrankung stellen Sie sich vor?

\_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam (Internet, Empfehlung, Hausarzt etc.)

\_\_\_\_\_

Haben Sie Zusatzversicherungen (Privatabrechnung bei stationärem Aufenthalt / OP):

Wahlarztleistungen ja  nein

Für Einbett-Zimmer ja  nein

Für Zweibett-Zimmer ja  nein

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  möglicherweise

Besteht eine Infektionskrankheit? HIV/ Hepatitis/TBC ja  nein

Bestehen Nebenerkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Z.n. Herzinfarkt o.ä.)

\_\_\_\_\_


Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen?

\_\_\_\_\_

Hausarzt, Name und Anschrift

\_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

	<b>QM-Handbuch</b>	Freigegeben auf Seite 1	Seite 2 von 2
	<b>Mitgeltende Dokumente</b> <b>Anmeldebogen (GEK)</b>	Check: Januar	Version 9

**Datenschutzhinweis:**

Ihre personenbezogenen Daten werden in unserem Praxis-Informationssystem zum Zwecke Ihrer Behandlung erhoben und gespeichert. Wir verarbeiten Ihre Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Relevante personenbezogene Daten sind Ihre Personalien (Name, Adresse, Kontaktdaten, Staatsangehörigkeit), darüber hinaus Ihre Krankenversicherungsdaten und alle Daten, die im Zusammenhang mit Ihrem Krankheitsbild und Ihrer medizinischen Behandlung stehen (z.B. Laborwerte, Röntgenbefunde, Behandlungs- und Operationsberichte). Auch medizinische Daten, die von externen Stellen erhoben wurden (z.B. spezielle Untersuchungsbefunde oder Vorbefunde von ärztlichen Kollegen oder Krankenhäusern) werden gespeichert, sofern sie für Ihre Behandlung hier in unserer Praxis wichtig sind. Diese Daten werden entsprechend den medizinischen Vorgaben zur Dokumentationspflicht aufbewahrt (bis zu 15 Jahre).

Alle personenbezogenen Daten werden bei uns ausschließlich zum Zwecke Ihrer möglichst optimalen medizinischen Versorgung gespeichert und werden nicht an Dritte weitergegeben, sofern diese nicht mit Ihrem Einverständnis zur Vereinfachung oder Verbesserung Ihrer Behandlung Ihre Daten erhalten dürfen.

(bitte ankreuzen)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Daten ausschließlich zur Verbesserung Ihrer medizinischen Behandlung an Ihren Hausarzt und andere in Ihre Behandlung eingebundene ärztliche Kollegen weitergeleitet werden dürfen. Ein Widerruf ist Ihnen auch zu jeder Zeit in der Zukunft möglich. Bei Fragen oder Unklarheiten sprechen Sie uns bitte an.

**Hiermit bestätige ich die oben genannten Angaben und mein Einverständnis zum Datenschutzhinweis:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

02.07.2020