

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
dieser Anamnesebogen dient Ihrem behandelnden Arzt zur Orientierung und als Vorbereitung  
auf den persönlichen Kontakt mit Ihnen. Falls Sie Fragen haben sollten, stehen Ihnen unsere  
Mitarbeiter gern zur Verfügung.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Berufliche Tätigkeit	
Hausarzt	
E-Mail Adresse	

Was führt Sie zu uns?

---

Befinden Sie sich aktuell dauerhaft in ärztlicher Behandlung? (Falls ja, warum?)

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Falls ja, welche?) / Haben Sie einen Medikamentenplan?

---

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

---

Wurden Sie bereits operiert? (Falls ja, geben Sie diese bitte an)

---

Rauchen Sie oder haben Sie in Ihrem Leben regelmäßig geraucht?

JA

NEIN

Falls ja, wieviel und wie lange? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine Koloskopie (Darmspiegelung) zur Krebsfrüherkennung durchführen lassen?

JA

NEIN

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Stuhltest zur Erkennung von nicht sichtbarem Blut im Stuhl durchführen lassen?

JA

NEIN

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits ein Ultraschall der großen Bauchschlagader (sog. Bauchtaortenscreening) durchführen lassen?

JA

NEIN

# Datenschutzerklärung

Urologische Praxis S. Dammaß  
Halle, Steg 1

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund verschiedener gesetzlicher Neuerungen, insbesondere dem Inkrafttreten der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass in unserer Praxis personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet, d.h. erhoben, gespeichert und an berechtigte Dritte weitergeleitet werden.

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen, Art. 4 Nr. 1 DSGVO. Zudem verarbeiten wir auch Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 4 Nr. 15 DSGVO, also solche personenbezogenen Daten, die sich auf Ihre körperliche und geistige Gesundheit beziehen, aus denen Informationen über Ihren Gesundheitszustand hervorgehen einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen.

Die Datenverarbeitung ist zur Erfüllung des zwischen unserer Praxis und Ihnen bestehenden Behandlungsvertrages und der damit verbundenen Pflichten erforderlich Art. 6 Abs.1 lit. B.

Gleichzeitig sind wir verpflichtet, anderen Mit- und Weiterbehandlern die bei uns erhobenen Daten, z.B. mittels Arztbrief zur Verfügung zu stellen, §28 SGB V, §§2,24,36 BMV-Ä. Dies dient der Gewährleistung Ihrer Mit- oder Weiterbehandlung. Diese Datenübermittlung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch uns nur, wenn Sie insoweit eingewilligt haben oder wir hierzu aufgrund bestehender gesetzlicher Regelungen verpflichtet bzw. berechtigt sind. Daneben können Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, klinische Krebsregister, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Berufsgenossenschaften, Labore oder privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Auch die Übermittlung an diese Empfänger erfolgt entweder aufgrund Ihrer erklärten Einwilligung oder aufgrund gesetzlicher Grundlagen §§ 2, 24, 26 BMV-Ä. Dann erfolgt die Übermittlung überwiegend zu Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen, insbesondere bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung ergebenden Fragen.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, alle von uns erhobenen oder an uns übermittelten personenbezogenen Daten, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung in unserer Praxis bestehen gemäß §630 f Abs. 3 BGB für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, sofern sich nicht aus anderen Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Sie haben grundsätzlich das Recht, Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen Art. 15 DSGVO.

Ferner haben Sie das Recht, die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

## Praxisorganisation

Innerhalb der Praxisorganisation ist es erforderlich, auf die Reihenfolge der Behandlung der Patienten zu achten. Dabei ist beabsichtigt, Sie weiterhin namentlich aufzurufen, damit Sie schnellstmöglich die entsprechende Behandlung erhalten.

Weiterhin ist es für Patienten der Praxis Dr. Hannig erforderlich, dass Sie Herrn Dammaß Einsicht in Ihre Krankenakte gewähren, damit eine gewissenhafte und lückenlose Weiterbehandlung in der Praxis aufrechterhalten werden kann.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie darin ein, dass Sie mit dem oben Genannten einverstanden sind.

## Widerrufsrecht

Sie haben jederzeit das Recht, die erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, Art. 7 Abs. 3 DSGVO. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Außerdem willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Behandlung gem. obiger Ausführungen ein.

Datum: .....

Unterschrift: .....