

Patienteninformation zum Datenschutz

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Verantwortlicher:

Überörtliche Gemeinschaftspraxis Bockfeld

Zweck und Rechtsgrundlage

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, zur ärztlichen Behandlung, Dokumentation, Abrechnung und Erfüllung gesetzlicher Pflichten.

Rechtsgrundlagen sind:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO
- gesetzliche Vorschriften (u. a. SGB V, BGB)

Empfänger der Daten

Ihre Daten werden – soweit erforderlich – übermittelt an:

- Krankenkassen
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Abrechnungsstellen
- medizinische Labore
- mitbehandelnde Haus- und Fachärzte
- Krankenhäuser
- IT-Dienstleister im Rahmen der Wartung und Betreuung unserer Praxis-EDV (Auftragsverarbeitung)

Zugriff und Vertraulichkeit

Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter der Praxis, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Alle Mitarbeiter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Externe IT-Wartung

Die Wartung unserer Praxis-IT erfolgt durch einen externen IT-Dienstleister (Engel & Engel). Der Zugriff auf personenbezogene Daten ist dabei auf das erforderliche Maß beschränkt und erfolgt ausschließlich auf Grundlage eines Vertrags zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO

Speicherdauer

Die Daten werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt, in der Regel **10 Jahre** nach Abschluss der Behandlung.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsichtsbehörde.

Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich willige ein, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, durch die Überörtliche Gemeinschaftspraxis Bockfeld verarbeitet und – soweit für meine Behandlung erforderlich – an folgende Empfänger Kategorien übermittelt werden dürfen:

- mitbehandelnde Hausärzte
- Fachärzte
- Krankenhäuser
- medizinische Labore

Die Datenweitergabe erfolgt ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung **freiwillig** ist und jederzeit **mit Wirkung für die Zukunft** widerrufen werden kann.

Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift {Patient-Vorname} {Patient-Name}

Anhang zur Datenschutzerklärung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

{Patient-Name} {Patient-Vorname}
geb. {Patient-Geburtsdatum},

entbinde hiermit die in der

GP Bockfeld, Große Klausburg 5, 31139 Hildesheim

tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie das an meiner Behandlung beteiligte Praxispersonal gemäß § 203 StGB von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung gilt für die **umfassende Weitergabe medizinischer Informationen**, einschließlich **mündlicher, telefonischer und schriftlicher Auskünfte**, insbesondere zu Diagnosen, Befunden, Behandlungsverlauf, Medikation, Therapieempfehlungen und Prognosen, soweit dies medizinisch oder organisatorisch erforderlich ist.

Berechtigte Personen (maximal 4) gemeint sind Angehörige/Privatpersonen!:

1. Name: _____ Telefon: _____
2. Name: _____ Telefon: _____
3. Name: _____ Telefon: _____
4. Name: _____ Telefon: _____

Widerruf

Diese Entbindung kann jederzeit ganz oder teilweise **mit Wirkung für die Zukunft** widerrufen werden.

Gültigkeit

- ☐ zeitlich unbegrenzt
☐ gültig bis: _____

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig erfolgt und ein Widerruf keine Auswirkungen auf meine medizinische Behandlung hat.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient:

Ärztlicher Anamnesebogen – Diabetologie & Endokrinologie

A. Allgemeine Angaben

{Patient-Name} {Patient-Vorname}
geb. {Patient-Geburtsdatum}
{Patient-Straße} {Patient-PLZ+Ort}

Aufnahmedatum: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Beruf: _____

B. Aktueller Vorstellungsgrund (bitte ankreuzen)

- ☐ Diabetes mellitus
 - ☐ Schilddrüsenerkrankung
 - ☐ Hormonstörung (bitte angeben): _____
 - ☐ Zyklusstörungen
 - ☐ Übergewicht
 - ☐ Nebenschilddrüsenerkrankung
 - ☐ Fettstoffwechselstörung
 - ☐ Hirnanhangsdrüsen-Erkrankung
 - ☐ Sonstiges: _____
-

C. Diabetes (falls zutreffend)

Haben Sie Diabetes?

☐ Nein ☐ Ja → seit _____

Art des Diabetes:

- ☐ Typ 1
- ☐ Typ 2
- ☐ Gestationsdiabetes
- ☐ Sonstiger: _____

Therapie (Mehrfachnennung möglich):

- ☐ Diät / Lebensstil
- ☐ Tabletten
- ☐ Insulin
- ☐ GLP-1-Rezeptoragonist
- ☐ SGLT-2-Hemmer
- ☐ Sonstiges: _____

Letzter bekannter HbA1c (%): _____ Datum: _____

D. Insulintherapie (falls zutreffend):

- ☐ kein Insulin
 - ☐ Basalinsulin: _____
☐ morgens ☐ abends
 - ☐ Bolusinsulin: _____
☐ Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Abendessen
 - ☐ Insulinpumpe
-

E. Diabetes-Folgeerkrankungen

- ☐ Keine bekannt
 - ☐ Augen (Retinopathie)
 - ☐ Nieren (Nephropathie)
 - ☐ Nerven (Polyneuropathie)
 - ☐ Herz/Kreislauf
 - ☐ Füße (Wunden, Amputation)
-

E. Endokrinologische Vorerkrankungen

- ☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion ☐ Knoten ☐ OP
 - ☐ Nebennierenerkrankung: _____
 - ☐ Hypophysenerkrankung: _____
 - ☐ Adipositas
 - ☐ Nebenschilddrüsenerkrankung
 - ☐ Fettstoffwechselstörung
 - ☐ Sonstige Hormonerkrankung: _____
-

G. Allgemeine Vorerkrankungen (Auswahl)

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzinfarkt / KHK
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombose / Embolie
- ☐ Leber- / Darmerkrankung, welche: _____
- ☐ Tumorerkrankung, Art des Tumors: _____
- ☐ Psychische Erkrankung, welche : _____
- ☐ Keine relevanten Vorerkrankungen

Menopause: ☐ ja ☐ nein ☐ unklar
 Zyklusstörungen: ☐ ja ☐ nein
 Schwangerschaft aktuell: ☐ ja ☐ nein

[illegible]

J. Sonstige Angaben

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Frühere Operationen (Art/Jahr): _____

K. Lebensstil

Rauchen: ☐ nein ☐ ja → _____ Zigaretten/Tag

Alkohol: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Bewegung:

☐ kaum ☐ 1–2×/Woche ☐ ≥ 3 ×/Woche