

ANMELDUNG



THERAPIE IMPULS
AM GOETHEPLATZ

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Geschäftlich: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

(für die Praxiskommunikation, Behandlungstermine, Rechnung)

Krankenversicherung: _____

Beihilfeberechtigt: JA NEIN *(für Kassenpatienten nicht notwendig)*

Überweisender Arzt: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

BEI VERHINDERUNG UND ABSAGE

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewähren, bitten wir Sie, Ihre vereinbarten Termine einzuhalten. Können Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie ihn bitte 24 Stunden vorher ab. Bei zu kurzfristigen Absagen müssen wir Ihnen die Ausfallzeit mit 32,10 € inkl. USt. in Rechnung stellen.

ZUZAHLUNG

Seit 2004 sind Sie als gesetzlich Krankenversicherter von Ihrer Krankenkasse zu einer Zahlungsgebühr von 10 % des Rezeptwertes + 10 € je Verordnung verpflichtet.

München, den _____ Unterschrift _____

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ



THERAPIE IMPULS
AM GOETHEPLATZ

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 haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Therapie Impuls am Goetheplatz
Großmann, Anzieta GbR
Lindwurmstraße 109, 80337 München
Tel. 089-72949832
info@therapie-impuls.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapievorschläge und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

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, andere Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und Abrechnungsstellen 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 berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27, 91522 Ansbach
Tel. 0981-531300
poststelle@lda.bayern.de

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.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Name, Vorname: _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Impuls am Goetheplatz meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Therapie Impuls am Goetheplatz
Großmann, Anzieta GbR
Lindwurmstraße 109, 80337 München
Tel. 089-72949832
info@therapie-impuls.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

_____ _____ _____

Ort

Datum

Unterschrift

ANAMNESE – FRAGEBOGEN



1 / 2

THERAPIE IMPULS
AM GOETHEPLATZ

Name, Vorname: _____

Beruf: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Welche Maßnahmen wurden bereits unternommen?

Welche Erwartungen haben Sie an meine Behandlung?

Gab es bei Ihnen operative Eingriffe? z.B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke, o.ä.

Haben oder hatten Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie Beschwerden an folgenden Organsystemen?

- | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|
| Kopf/Kiefergelenk | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Herz und Blutgefäße | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Lunge und Atemwege | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Leber, Galle oder Magen | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Darm oder Bauchspeicheldrüse | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Niere oder Blase | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |
| Geschlechtsorgane | <input type="radio"/> JA, welche? _____ | <input type="radio"/> NEIN |

Nehmen Sie derzeit Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- täglich jeden 2. Tag seltener

Konsistenz des Stuhlgangs?

- hart weich flüssig

ANAMNESE – FRAGEBOGEN

2 / 2

Gab oder gibt es bei Ihnen eine Krebserkrankung? JA, welche? _____ NEIN

Vorkommen von Krebserkrankung in der Familie? JA, welche? _____ NEIN

Traten bei Ihnen in den letzten Wochen/Monaten folgende Symptome auf?

Öfters leicht erhöhte Temperatur? JA NEIN

Schwitzen Sie nachts sehr stark? JA NEIN

Nächtliche Schmerzen? JA NEIN

Ungewollter Gewichtsverlust? JA NEIN

Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit? JA NEIN

Leiden Sie unter Stress und Schlafstörungen? JA NEIN

Haben oder hatten Sie psychische Erkrankungen? JA, welche? _____ NEIN

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? JA, wie oft? _____ NEIN

Rauchen Sie? JA, wie viel/Tag? _____ NEIN

Gibt es bei Ihnen andere Suchterkrankungen? JA, welche? _____ NEIN

Wie hoch schätzen Sie Ihr Stresslevel ein?

1 = kein Stress

10 = maximaler Stress

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

Leiden Sie unter Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? JA NEIN

Was ist Ihre überwiegende Freizeitaktivität / Sport und wie häufig betreiben Sie diese?

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger? VIELLEICHT JA NEIN

Hatten Sie Geburten? JA, wann _____ NEIN

Gab es Probleme bei den Geburten? JA, welche? _____ NEIN

Hatten Sie Fehlgeburten? JA NEIN

Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden?
z.B.: starke Bauchschmerzen JA, welche? _____ NEIN

Haben oder hatten Sie Probleme
in den Wechseljahren? JA NEIN

München, den _____ Unterschrift _____