



Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es wäre uns eine große Hilfe, wenn Sie die Fragen auf diesem Bogen beantworten könnten. Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Vorerkrankungen

- Herzerkrankung nein ja: _____
- Gefäßerkrankung (Verengung?) nein ja: _____
- Lungenerkrankungen nein ja: _____
- Lebererkrankung nein ja: _____
- Magen-/Darmerkrankungen nein ja: _____
- Nierenerkrankungen nein ja: _____
- Krebserkrankungen nein ja: _____
- Operationen nein ja: _____
- Allergien nein ja: _____
- Blutungsneigung nein ja: _____

Risikofaktoren

- Hoher Blutdruck nein ja
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) nein ja
- Rauchen nein <10 10-20 20-30 >30 Zig/Tag
- Alkohol nein Gl. Wein/Tag/Woche, l Bier/Tag/Woche
- Darmkrebs in der Familie nein ja (Wer? Alter?): _____
- Darmpolypen in der Familie nein ja (Wer? Alter?): _____
- Magenkrebs in der Familie nein ja (Wer? Alter?): _____
- Unterleibskrebs in der Familie nein ja (Wer? Alter?): _____

Regelmäßige Medikation: Präparat	morgens	mittags	abends

Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung (z.B. ASS, Aspirin, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Heparin oder Schmerzmittel) nein ja, zuletzt am _____

Ich wünsche einen Bericht an meine Hausärztin/meinen Hausarzt per Fax Post
Dr. _____ ja nein
und weitere Ärzte: Dr. _____ ja nein

Bestimmte endoskopische Befunde sollten zu einem bestimmten Zeitpunkt kontrolliert werden, möchten Sie hierzu von uns benachrichtigt werden? ja nein

Ich habe zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass in der Praxis Dr. Klüppelberg / Prof. Schirren meine Karteikarte von beiden Ärzten eingesehen werden kann. ja nein

Es kann sinnvoll sein, Kollegen oder Ihnen Befunde über das Internet via E-mail zuzuleiten. Hierbei kann der Datenschutz nicht garantiert werden. Sind Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten im Internet einverstanden? ja nein

1. Schweigepflicht/Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden,

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt, den Hausarzt, Pathologie Starnberg, Am Fuchsgraben 3, 82319 Starnberg
- Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH, Liebigstr. 14, 85757 Karlsfeld
- die Auftragsdatenverarbeiter der Praxis: Zollsoft GmbH, Engelplatz 8, 077443 Jena (Software); analog IT Sascha Knific, Am Haag 8, 82166 Gräfelfing (Infrastruktur), R. Siepmann e.K., Boeckelerstr. 18, D-82327 Tutzing

weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

2. Information und Widerrufbarkeit

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke 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 oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann
- mit der Folge, dass z. B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann,
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

die Praxen für Innere Medizin und Gastroenterologie
Dr. med Ulrich Klüppelberg, Prof. Dr. med. Carl Albrecht Schirren,
Enzianstr. 4, 82319 Starnberg/ Percha, Tel: 08151 9799060
Loisach Ufer 30, 82515 Wolfratshausen, Tel.: 08171/ 78010, E-Mail: info@innere-gastro.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 durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____ **Telefon/Mobil:** _____

WOR/Percha, den _____ **Unterschrift:** _____