

DATENERHEBUNG PATIENT:INNENGESCHICHTE

Um Sie bestmöglich behandeln zu können, benötige ich einige Angaben zu Ihrer Krankengeschichte bzw. Ihrer aktuellen medizinischen Situation.

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nachname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SV-Nummer	Geburtsdatum (TT.MM.JJ)	Telefon	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail		Größe	Gewicht
		cm	kg
Ich bin Raucher:in <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, / Tag		Ich trinke Alkohol: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Oft	

OPERATIONEN

wie z.B.: Blinddarm-Operation, Mandel-Operation, Schilddrüsen-Operation, Implantate, etc.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der Operation	Datum / Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>

UNTERSUCHUNGEN

Magenspiegelung, Darmspiegelung, Herz-Lungen-Röntgen, Bauchultraschall, etc.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der Untersuchung	Datum / Jahr	Diagnose
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VORERKRANKUNGEN

wie z.B.: Krebserkrankungen, Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte, Zuckerkrankheit, Asthma, etc.

.....

.....

.....

.....

DAUERMEDIKATION

Medikament / Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

.....

Allfällige Änderungen Ihrer persönlichen oder medizinischen Daten geben Sie bitte in unserer Ordination bekannt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme zu, dass Dr. Martin Asboth für meine medizinische Betreuung zuständig ist.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte/r Patient:in!

Aufgrund der **Datenschutzgrundverordnung** können diverse Patient:innenserviceleistungen (telefonische Befundauskunft, Übermittlung von Daten per E-Mail, etc.) **nur nach vorheriger Einwilligung** durchgeführt werden. Um Ihnen einen guten Betreuungsstandard und eine hohe Qualität der Versorgung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Assistentinnen am Empfang.

Nachname

Vorname

SV-Nummer

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten sowie sämtliche Informationen aus meiner Patientenakte zu folgenden Zwecken verwendet werden dürfen:

- Telefonische Terminvereinbarungen und telefonische Befundauskünfte bei externen Medizineinrichtungen (Fachärzt:innen, Krankenhäuser, Labore, etc.)
- Einreichungen von chefärztlichen Bewilligungen
- Weiterleitung von Verordnungen
- Einreichung von Honorarnoten bei der Krankenkasse

Mir ist bewusst, dass es sich bei Medien wie Telefon und E-Mail um keine verschlüsselten Übertragungen handelt und diese somit nicht der Datenschutzgrundverordnung entsprechen.

PERSÖNLICHE DATENSCHUTZEINSTELLUNGEN

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf **telefonische Auskünfte** an die im Datenerhebungsblatt angegebene Telefonnummer erteilt werden dürfen.

Ja Nein

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf **telefonische Auskünfte** an die im Datenerhebungsblatt angegebene Telefonnummer **an Dritte** (z.B. nahe Verwandte) erteilt werden dürfen.

Ja Nein

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf Dokumente **per E-Mail** an die im Datenerhebungsblatt angegebene E-Mail-Adresse übermittelt werden dürfen.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift