



## Patienten-Anamnesebogen

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</b>	
<b>Emailadresse</b>	
<b>Herzschrittmacher, Orthopädische Implantate</b>	
<b>Telefonnummer / Handynummer</b>	
<b>Hausarzt / Ort</b>	
<b>Aktueller Vorstellungsgrund</b>	
<b>Arbeits- / Wegeunfall (→ Bezogen auf den aktuellen Vorstellungsgrund)</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Vorerkrankungen (Diab. mellitus, Rheuma...)</b>	
<b>Regelmäßige Medikamenteneinnahme</b>	
<b>Allergien</b>	
<b>Größe und Gewicht</b>	_____ cm;                      _____ kg
<b>Operationen (z.B. Frakturen, Hüft-, Knie TEP...)</b>	
<b>Beruf:</b>	

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam**

## Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehöriger

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

aus Gründen des Datenschutzes, dürfen wir nicht ohne Ihre Einwilligung Auskunft oder Befundmitteilungen an Ihre Angehörige weitergeben. Sollte dies aber von Ihnen **gewünscht** werden, haben Sie die Möglichkeit Ihren behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber des / der genannten Angehörigen zu entbinden.

Keine Weitergabe an Angehörige gewünscht

---

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an folgende Angehörige weitergibt, sofern deren Identität geklärt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geb.datum oder Adresse

Patientenname \_\_\_\_\_

Patientenvorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**Einwilligungserklärung nach DS-GVO und zur Entbindung von der Schweigepflicht  
der AGAPLESION MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM EV. KRANKENHAUS  
MITTELHESSEN gGmbH**

**Interne Datenverarbeitung**

Es ist erforderlich, dass medizinisch, nichtärztliche Mitarbeiter auf Ihre Patientendaten, bspw. für die Aufnahme und Dokumentation, zugreifen können. Innerhalb eines MVZ kann zudem aufgrund von ärztlichen Abwesenheiten bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung oder sonstigen organisatorischen Gründen nicht immer gewährleistet werden, dass Sie derselbe Arzt behandeln wird. Außerdem kann es aufgrund Ihres Krankheitsbildes vorkommen, dass Sie auch Ärzte einer anderen Fachrichtung innerhalb unseres MVZ aufsuchen werden. Ich habe die Hinweise auf der Rückseite zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

**Ja    Nein    Hinweis**

- (C) Einverständnis zur Datenübermittlung vom Haus- bzw. vor-/weiter-/nachbehandelnden Ärzten an das MVZ.
- (C) Einverständnis zur Datenübermittlung vom MVZ an den Haus- bzw. . vor-/weiter-/nachbehandelnden Ärzten.
- (D) Ich wurde bereits in einem Krankenhaus bzw. anderen MVZ des AGAPLESION-Verbundes behandelt und erteile hiermit mein Einverständnis, das auf meine bestehenden Patientendaten zugegriffen werden darf.

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (F).

**Patientendaten:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.datum:**

**Datum**

**Unterschrift Patient**

(bei minderjährigen Pat. des oder der Sorgeberechtigten)

**Zusätzlich bei Vertretern mit Vertretungsvollmacht:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Vertreters mit Vertretungsvollmacht*

## **A) Informationspflichten zur Datenverarbeitung**

Dieser Datenschutzhinweis soll Sie darüber informieren, zu welchen Zwecken das AGAPLESION MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM Ev. Krankenhaus Mittelhessen gGmbH, Paul-Zipp-Str. 173, 35398 Giessen (im Folgenden „wir“, „uns“ oder „MVZ“ genannt) Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet. Personenbezogene Daten sind dabei sämtliche Informationen, die sich auf Ihre Person beziehen. Die folgenden Informationen sollen Ihnen behilflich sein, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nachvollziehen zu können und somit für Transparenz zu sorgen.

Wir verarbeiten folgende personenbezogene Daten zu Ihrer Person zu folgenden Zwecken: Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie für die Behandlung notwendige medizinische Daten sogenannte Gesundheitsdaten. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu dem oben genannten Zweck ist Art. 9 DSGVO

Das Bereitstellen Ihrer personenbezogenen Daten ist für ihre Behandlung erforderlich. Dies bedeutet, Sie sind verpflichtet, uns Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Sollten Sie sich dazu entscheiden uns Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitzustellen, ist eine Behandlung nur im Notfall möglich. Es wird keine automatische Entscheidungsfindung, welche ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruht, einschließlich Profiling, und eine rechtliche Wirkung entfaltet oder Sie in ähnlicher Weise beeinträchtigt, durchgeführt. Speicherdauer Ihrer Daten:

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in den Ansprüchen gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von 3 oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Sozialgesetzbuch bzw. der Röntgenverordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 30 Jahren.

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte ist möglich und erfolgt entweder auf der gesetzlichen Grundlage nach Art. 9 DSGVO oder aufgrund Ihrer Einwilligung. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere mitbehandelnde Ärzte / Psychotherapeuten, Rehabilitationseinrichtungen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen 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 berechnete Empfänger.

Nach den Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) können Sie uns gegenüber folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Löschung / Recht auf Vergessen werden
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht

Um eines Ihrer oben aufgeführten Rechte geltend zu machen, können Sie sich jederzeit an uns wenden:

AGAPLESION MVZ Giessen; Paul-Zipp-Str.173, 35398 Giessen  
Sie erreichen unseren

Datenschutzbeauftragten unter:  
**AGAPLESION MVZ Giessen**  
**Datenschutzbeauftragter**  
**Gesellschaft für Datenschutz**  
**Mittelhessen Henning Welz**  
**Auf der Appeling 8 , 35043 Marburg**  
**T +49 6421 80413-10**

Sollten Sie der Auffassung sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten in unzulässiger Weise verarbeiten, kontaktieren Sie uns bitte unter AGAPLESION MVZ Giessen; Paul-Zipp-Str.173, 35398 Giessen. Sie haben zudem das Recht sich an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist,

**Hessischer Datenschutzbeauftragter**  
**Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189**  
**Wiesbaden**

## **B) Information über Datenverarbeitung und Datenweitergabe innerhalb des MVZ**

1. Die weiter- oder mitbehandelnden Ärzte innerhalb des MVZ greifen im Rahmen meiner Behandlung auf meine Patientendaten und ggf. bisherigen gespeicherten Patientendaten im MVZ, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu, soweit dies für Ihre Behandlung erforderlich ist.

2. Daneben ist mir bekannt, dass auch medizinisch nichtärztlichen Mitarbeitern auf meine Patientendaten zugreifen. Alle Mitarbeiter werden vom MVZ auf die Einhaltung von Vertraulichkeit und Datenschutz verpflichtet.

## **C) Datenübermittlung zwischen Haus-, bzw. Facharzt und MVZ**

Im Rahmen meiner auf der ersten Seite gemäß §73 Abs. 1b SGB V erteilten Einwilligung ist mir bekannt, dass das MVZ:

1. die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Haus-, bzw. Facharzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Haus-, oder Facharzt.

2. die bei meinem Haus-, bzw. Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das MVZ wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

## **D) Hinweise auf die unternehmensinterne Datenverarbeitung von persönlichen Patientendaten**

1. Zwischen den Krankenhäusern des AGAPLESION-Verbundes und unseren MVZ, sowie innerhalb unserer verschiedenen MVZ findet grundsätzlich keine Übermittlung Ihrer Patientendaten statt. Sollten Sie zu einem früheren Zeitpunkt bereits in einem Krankenhaus oder einem anderen MVZ des AGAPLESION-Verbundes behandelt worden sein, können Sie uns hierüber informieren. Mit Vorliegen meiner Einwilligung kann auf meine bestehenden Patientendaten innerhalb des AGAPLESION-Verbundes zugegriffen werden.

## **E) Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung**

1. Wird im Rahmen der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem MVZ und einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung Gebrauch gemacht, bin ich damit einverstanden, dass das MVZ die mich betreffenden Behandlungsdaten zur Speicherung, Verarbeitung bzw. Nutzung an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermitteln.

2. Bei der Übermittlung von Daten an private Versicherungsunternehmen handelt es sich in der Regel ebenfalls um Daten nach Maßgaben des § 395 SGB V (s. Hinweis A).

## **F) Widerspruchsrecht**

Ich kann meine Einwilligungserklärungen (Seite 1) jederzeit - auch einzeln - mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich an das AGAPLESION MVZ Giessen; Paul-Zipp-Str.173, 35398 Giessen zu richten. Der Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung meines Haus- bzw. Facharztes an das MVZ ist an den jeweiligen Haus- bzw. Facharzt zu richten.