



## Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

die Praxis

\_\_\_\_\_  
(Praxisname vorheriger Hausarzt)

\_\_\_\_\_  
(Strasse, Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

gegenüber der

**Gemeinschaftspraxis Tarforst**  
**M. Steffen & N. Kronenberg**  
**Augustinusstraße 5, 54296 Trier**  
**Tel: 0651 – 10 5 22**  
**Fax: 0651 – 170 0 179**

von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte um Übermittlung wichtiger medizinischer  
Unterlagen und Berichte.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)



**Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben, vielen Dank!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy : \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Welcher Hausarzt hat Sie zuletzt betreut ?

Name, Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im Notfall zu benachrichtigende Kontaktperson: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegestufe  JA  NEIN,

-> wenn JA welche Pflegestufe  I  II  III  IV

Patientenverfügung  JA  NEIN

-> wenn JA in Kopie bei uns hinterlegt  JA  NEIN



**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:**

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer Erkrankung?**

Erkrankung	Ja	Nein	Seit Wann? / Nähere Angabe
Bluthochdruck			
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt			
Herzerkrankungen			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen der Beine			
Zuckerkrankheit / Diabetes			
Fettstoffwechselstörung			
Tumorerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Chronische Infektionskrankheiten			
Blutungsneigung			
Lungenerkrankung			
Thrombose oder Lungenembolie			
Augenerkrankungen			
Psychische Erkrankungen			
Krampfleiden			
Neurologische Erkrankungen			
Operationen / Unfälle			
Sonstiges			

**Nehmen oder nahmen Sie in der Vergangenheit Genussmittel zu sich?**

Nikotin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. _____ Zigaretten pro Tag, seit wann
Alkohol	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
Drogen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche:

**Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?**

Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> allergisches <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Metalle  <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> sonstige:
---------------------------------	--



Wenn Sie aktuell Medikamente einnehmen, tragen Sie diese bitte in die untenstehende Tabelle ein.

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

	Ja	Nein	Wann?
Herzkatheter			
Darmspiegelung			
Gesundheitscheck			

Fragen zu Ihrer Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen wenn zutreffend

	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Diabetes								
Herzinfarkt								
Schlaganfall								
Bluthochdruck								
Allergien								
Krebs								

Gibt es etwas, das Sie uns hier noch gerne mitteilen möchten?


\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

**- Bitte bringen Sie beim nächsten Besuch Ihren Impfausweis mit -**



## Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Ihre Hausarztpraxis legen wir besonderen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben.

Nach der EU- Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben, speichern oder weiterleiten.

Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 2. 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 / Psychotherapeuten, 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 berechtigte Empfänger.

### 3. Speicherung Ihrer Daten

Ihre Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert. Zugang zu diesen Daten haben nur autorisierte Praxismitarbeiter. Ihre Daten werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren



#### 4. 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 Fragen rund um den Datenschutz oder mit Beschwerden an die rheinland-pfälzische Datenschutzbehörde zu wenden.

Die Adresse lautet: Landesbeauftragte für den Datenschutz und  
Die Informationsfreiheit Rheinland- Pfalz  
Postfach 30 40  
55020 Mainz

#### 5. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Behandlungsteam:

Praxis Tarforst  
M. Steffen & N. Kronenberg  
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin  
Augustinusstraße 5  
54296 Trier

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

---

**Datum, Unterschrift Patientin/Patient**

# Praxis Tarforst

- M. Steffen & N. Kronenberg -

Fachärztinnen für Allgemeinmedizin



## - Medikamentenübersicht Zusatzblatt –

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nachts