

**Praxisdaten**

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

# Patientenerklärung

## Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

### Patientendaten

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Ich möchte im aktuellen Kalendervierteljahr \_\_\_\_\_ (Angabe des Quartals) eine Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs (kolorektales Karzinom), in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen.

Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren haben einmalig Anspruch auf eine Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms.

Mir ist bekannt, dass die von mir gewählte Leistung von meiner Krankenkasse entsprechend oben genannter Bestimmungen nur einer Praxis und nur einmalig im Leben vergütet wird.

Ich wähle daher allein die oben genannte Praxis zur Durchführung dieser Leistung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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 in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Allgemeinarztpraxis  
Irina Lange und Elena Raile  
Adresse: Hohlohstrasse 7, 76189 Karlsruhe  
Telefon: 0721/ 96314464

## 2. 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, Therapievorschläge 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.

## 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 / Psychotherapeuten, Kassen-ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Arztvereinigungen 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 berechnigte Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 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.

## 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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## ANAMNESEBOGEN

### PERSÖNLICHE ANGABEN

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Telefon

### ALLERGIEN

Medikamente: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

### BLUTERKRANKUNGEN

Blutarmut (Anämie)

Blutungsneigung

hoher/  niedriger  
Blutdruck

### HERZERKRANKUNGEN

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

Herzstolpern (Arrhythmie)

Herzschwäche

Herzklappenerkrankung

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV/ AIDS

Hepatitis A/ B/ C

Tuberkulose

### GEFÄßERKRANKUNGEN

Venenerkrankungen

Thrombose

Arterienerkrankungen

Arterienverengungen/ Arterienverschlüsse

Ödeme

Lymphödeme

Lipödeme

### LUNGENERKRANKUNGEN

Asthma bronchiale

COPD

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

MAGEN-/DARMERKRANKUNGEN:

---

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Krampfanfälle     Migräne    Sonstige: \_\_\_\_\_

ERKRANKUNGEN DES NIEREN-/ GENITALTRAKTES

Nierenerkrankungen/ Niereninsuffizienz     Nierensteine  
 Häufige Blasenentzündung     Prostataerkrankung

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Angststörung     Depression     Psychose

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes mellitus ( Zuckererkrankung):     Typ I     Typ II

Harnsäure (Gicht)     Schilddrüsenerkrankung: \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung ( Cholesterin/ Triglyceride)

ERKRANKUNGEN DER WIRBELSÄULE

HWS     BWS     LWS

Osteoporose

Operationen der Wirbelsäule: \_\_\_\_\_

GELENKERKRANKUNGEN

Schulter     Hüfte     Knie     Sonstige \_\_\_\_\_

Operationen der Gelenke: \_\_\_\_\_

TUMORERKRANKUNGEN

Krebs/ Metastasen \_\_\_\_\_

SCHWANGERSCHAFT

aktuelle Schwangerschaft    Schwangerschaftswoche/ Monat \_\_\_\_\_

**WEITERE ANGABEN**

Rauchen Sie?  ja  nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  ja  nein

**Sonstige Operationen/ Unfälle/ Angaben:**

---

---

---

**Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?**

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein  
(ASS, Marcumar, Pradaxa, Eliquis, Xarelto)

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift