

Sehr geehrte Patientinnen,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

.....

Name, Vorname **geb.**

.....

Straße **Hausnummer** **Postleitzahl** **Wohnort**

Tel. (Privat) **E-Mail**

Tel. (Mobil)

Beruf

Hausarzt **Größe** **Gewicht**

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, Vorname _____ Nachname _____ Geb.-Datum _____

Erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dres. med. Karhof/Decker/Jürgens meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, mit meinem Namen aufgerufen und öffentlich angesprochen zu werden. Mir wurde die Information zum Datenschutz in der Praxis zum Lesen ausgehändigt, zu welcher ich auch Rückfragen stellen konnte.

über den Umfang und die Art meiner Daten

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerten oder zytologischen Befunden) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mit der Weitergabe meiner Daten an Abrechnungsstellen und dem Gesundheitswesen angeschlossenen Institutionen wie z.B. Psychotherapeuten bin ich einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden. Eine Behandlung ist damit eventuell nicht mehr möglich.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten und Kontaktaufnahme zur Information oder Erinnerung oder bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Ich bin insbesondere mit Praxismailings und E-Mails mit dem Hinweis auf eventuelle Datenschutzlücken einverstanden.

Mannheim, den _____ **Unterschrift Patient / Bevollmächtigter** _____

Ich (Dolmetscher) _____ X _____ versichere, die Pat. hat die Einwilligung verstanden.

Datum der letzten Regelblutung? _____ Dauer der Regelblutung: _____

Abstände der Regel: _____ Alter der ersten Periode: _____

Rauchen Sie? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Operationen? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche:

Coloskopie erfolgt (Darmspiegelung)? : _____ Wenn ja, wann?: _____

Leiden Sie an Allergien? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche:

Anzahl Geburten? _____ Anzahl Fehlgeburten? _____ Abtreibungen? _____

Entbindungen? ☐ Normal ☐ Zange / Saugglocke ☐ Kaiserschnitt Wann (Jahr) ? _____

Geschlecht? ☐ weiblich ☐ männlich

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- ☐ Bluthochdruck ☐ Thrombose ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Krampfadern
☐ Lebererkrankung ☐ Nierenerkrankungen ☐ Diabetes mellitus ☐ Epilepsie ☐ Osteoporose
☐ Hormonstörungen ☐ Schilddrüsenerkrank. ☐ Blutungsneigung ☐ Arthrose ☐ Harninkontinenz
☐ Krebserkrankungen ☐ Gemütskrankung ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ sonstiges

Traten in Ihrer Verwandtschaft (Eltern / Geschwister / Tante mütterlicherseits) Erkrankungen auf?

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ ja / ☐ nein ☐ Pille ☐ Spirale ☐ Sonstige Verhütung ☐ Blutverdünner

Welche? _____

Sind Sie gegen HPV (Humane Papillomviren – Gebärmutterhalskrebs) geimpft? ☐ ja ☐ nein
Vollständig ☐ ja ☐ nein

Bei Nichterscheinen oder nicht rechtzeitiger Absage (mindestens 24 Stunden vorher) behalten wir uns vor, gemäß § 615 BGB i. V. m. § 611a BGB eine Ausfallgebühr in Höhe von 30,- € zu berechnen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine Versichertendaten bei meiner Krankenkasse anfordert (egk nicht vorgelegt).

.....
Datum

.....
Unterschrift

Einverständniserklärung zur Speicherung und Übermittlung von HPV-Testergebnissen in elektronische Patientenakte (ePA)

im Rahmen Ihrer Gynäkologischen Untersuchung wird gegebenenfalls ein Test auf Humane Papillomviren (HPV) und Chlamydien durchgeführt. Das Ergebnis dieses Tests stellt eine medizinisch relevante Information dar, die im Rahmen der Vorsorge, Diagnostik und Behandlung dokumentiert werden sollte.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr **Einverständnis**, dass:

1. das Ergebnis Ihres HPV-Tests (Positiv/Negativ, sowie ggf. Genotypisierung)
2. das Untersuchungsdatum
3. und ggf. zugehörige Befunde

in Ihre **elektronische Patientenakte (ePA)** eingestellt werden dürfen.

.....
Datum

.....
Unterschrift