Praxisklinik für MKG-Chirurgie und Implantologie am Johannisplatz
plastisch-ästhetische Operationen - Belegbettenabteilung im Klinikum St. Georg
Dr. S. Colbow ● Dr. Dr. F. Schiefke ● Dr. Dr. J. Hendricks

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf Ihre medizinische Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-datum: _____ Telefon/Handy: _____ Pflegegrad: _____

Hausarzt (Allgemeinmedizin): _____ Zahnarzt:_____
(bitte Vor- und Nachname oder Straße der Ärzte angeben)

Beruf: _____ E-Mail: _____

Leiden Sie unter:

	ja	nein		ja	nein
Kreislauferkrankungen			Lebererkrankungen (Hepatitis)		
Bluthochdruck			Blutungsneigung		
Herzerkrankungen			Immunschwäche - welche?		
Herzfehler			HIV		
Herzklappenprobleme			Organtransplantation		
Herzinnenhautentzündung			Allergien, welche:		
Herzoperation			Anfallsleiden (Epilepsie)		
Herzschrittmacher			Atembeschwerden		
Zuckerkrankheit - Typ 1 oder Typ 2			Sind Sie schwanger?		
Grüner Star			Knochenerkrankungen - welche?		

Größe: …….. **Gewicht:** ……..

Tumorerkrankungen: wann: welche:
Bekommen Sie Bisphosphonate: - als Infusion: Zometa, Aclasta, Aredia, Bondronat? - Tabletten: Bonviva,Fosamax, Fosavance, Actonel, Ostac, Bonefos? - Antikörper: Xgeva, Prolia?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
insbesondere gegen Diabetes: (Ist darin **Metformin** enthalten?)
Psychopharmaka:
blutgerinnungshemmende Mittel: - Falithrom, Marcumar, Warfarin, - ASS, Godamed, Aggrenox, Ticlid, Plavix,Iscover, Efient, Brilique, Pletal, - Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

Wir bitten Sie, vereinbarte OP-Termine einzuhalten. Bei Verhinderung sagen Sie bitte 48 Stunden vorher ab, ansonsten müssen Sie die Ausfallkosten der für Sie reservierten und nicht genutzten Behandlungszeit tragen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass Befunde von anderen Ärzten, die für meine Behandlung in der GP für MKG-Chirurgie wichtig sind, von anderen Ärzten/Zahnärzten angefordert und von diesen die erbetenen Angaben mitgeteilt werden dürfen. Ebenso dürfen die in o. g. Praxis erstellten Befunde und Röntgenbilder bzw. durchgeführten Behandlungen an die mich behandelnden Ärzte und Zahnärzte weitergeleitet werden (auch per E-Mail).

Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass meine Patientendaten und -befunde denjenigen Ärzten bzw. Zahnärzten zugänglich gemacht werden dürfen, die in der Gemeinschaftspraxis für MKG-Chirurgie Dr. Vogel & Dr. Colbow & Dr. Dr. Schiefke Urlaubsvertretungen durchführen oder die zukünftig in diese Praxis assoziiert werden. Gleiches gilt auch für die Ärzte bzw. Zahnärzte, die als Nachfolger die o. g. Praxis weiterführen werden.

Leipzig, den ..... Unterschrift: ..... **→ Blatt bitte wenden!**

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ab dem 25.05.2018 setzen wir die Neuregelungen zum Datenschutz in der DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) um.

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: *Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:*

MKG-Chirurgie Dr. Colbow, Dr. Dr. Schiefke & Dr. Dr. Jörg Hendricks
Johannisplatz 1, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 – 337 36 90 E-Mail: info@mkg-le.de

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, Zahnärzte 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, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammer, Zahnärztekammer 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.

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 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.
Wir verwenden in unserer Praxis eine KI-gestützte Software zur Unterstützung der medizinischen Dokumentation. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich auf Servern innerhalb der EU unter Einhaltung der DSGVO. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung dieser Technologie im Rahmen Ihrer Behandlung einverstanden.

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 der 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Sächsischer Datenschutzbeauftragte Dr. Julianne Hundert
Bernhard-von-Lindemann-Platz 1, 01067 Dresden.

6. Rechtliche Grundlagen

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

Soweit eine Abrechnung durch die PVS erfolgt, erhalten Sie gem. Artikel 13 DSGVO weitere Informationen zum Datenschutz auch unter www.pvs-sachsen.de/datenschutz/. Das Verzeichnis der Datenverarbeitungstätigkeiten finden Sie an unserer Rezeption. Es wird Ihnen auf Verlangen vorgelegt.

Ich bin mit der Übermittlung von Arztberichten, Befunden und Röntgenbildern an die mitbehandelnden Zahnärzte/Ärzte in postalischer oder (passwortgeschützter) digitaler Form einverstanden

Ja ☐ Nein ☐

Dürfen wir Ihnen per SMS Terminerinnerungen oder einen Link zur Bewertung unserer Praxis senden

Ja ☐ Nein ☐

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.

_____

Datum, Unterschrift Patientin/Patient