



ID-Nr.:

HAUTARZT DR. THOMAS

Dermatochirurgie • Faltenunterspritzung • Hautkrebsvorsorge

Patienten – Aufnahmebogen

Persönliche Daten

Name: _____

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ u. Ort: _____

Telefon/Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____@_____

Beruf: _____

Pensionist/Rentner Kind Schüler/Student

Versicherung(Kasse): SGKK OÖGKK BVA LKUF SVA KFG KFA

VAE AOK Sonstige: _____

Vers.-Nr.: _____

Bei minderjährigen Patienten bitte Angaben des Erziehungsberechtigten bzw. des Hauptversicherten:

Name: _____

geb. am: _____

ggf. abweichende Adresse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung Hausarzt Anzeige

Freunde/Bekannte Arztschild vorm Haus

Internet Telefonbuch

Allgemeine- bzw. Medizinische Daten, soweit bekannt

Rauchen ja nein gelegentlich

Alkohol ja nein gelegentlich

Größe: _____ Gewicht: _____

Schwangerschaft ja nein

Schwangerschaftswoche: _____

Allergien: _____

Regelmäßige Medikamente: _____

Chron. Erkrankungen: _____

Bisherige Operationen: _____

Hausarzt: _____

Recall-System

Ich möchte den Service in Anspruch nehmen, dass die Hautarztpraxis Dr. Thomas mich über die jährliche Hautkrebsvorsorge per Post informiert. Meine Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Datum: _____

(Unterschrift Patient)

Die Arztrechnung der Hautarztpraxis Dr. Thomas richtet sich nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte und ist, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung, unmittelbar nach Leistungserbringung zahlbar.

Der Patient ist mit der Rechnungsstellung durch eine ärztliche Abrechnungsstelle bzw. mit der Weitergabe an ein Inkassobüro einverstanden.

Ich habe die Datenschutzinformation gelesen und bin hiermit einverstanden.

Oberndorf am _____
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter



HAUTARZT DR. THOMAS
WWW.MEDISKIN.EU

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Liebe Patienten,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der neuen 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:

Dr. Michael Thomas

Brückenstraße 10, 5110 Oberndorf

Kontaktdaten: Telefon 06272 40733, E-Mail: dr.thomas@mediskin.eu

Unsere Ordination benötigt gemäß der gesetzlichen Vorgaben keinen Datenschutzbeauftragten.

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, Therapieansätze 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 / Krankenhäuser, Labore, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und Abrechnungsstellen 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.

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 bei Volljährigen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung, bei Nicht-Volljährigen mindestens 10 Jahre nach Vollendung des 18. Lebensjahres aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 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 Paragraph § 22 Absatz 1

Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Ordinationsteam