Hausarztpraxis am Georgenhaus

Anamnesebogen

Sozialwerk Meiningen
MVZ
gemeinnützige GmbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in der Hausarztpraxis am Georgenhaus. Wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen und zu Ihrem ersten Besuch bei uns mitzubringen oder schon vorher anzugeben bzw. uns per Fax oder Mail zukommen zu lassen. Durch diesen Fragebogen können wir Ihre bisherige Krankengeschichte besser erfassen und Sie somit bestmöglich beraten und betreuen.

Bitte bringen Sie bei Ihrem ersten Besuch ihren Impfausweis und Medikationsplan mit.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

Anrede: _____ Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Anschrift:

_____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein

Bezugsperson / Auskunft darf erteilt werden an:

_____

Besteht eine Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Vorsorgevollmacht? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ ja ☐ nein Welchen? _____

[…] einen Grad der Behinderung? ☐ ja ☐ nein Welchen? _____

Falls ja, welche Merkzeichen beinhaltet er? _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Allgemeine medizinische Fragen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ja ☐nein

➔ Falls JA, **bitte Medikamentenplan mitbringen**.

==========

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? ☐ja ☐nein

Reaktion auf _____

➔ Wenn vorhanden bitte **Allergiepass** mitbringen.

==========

Wurde der Impfstatus regemäßig kontrolliert? ☐ja ☐nein

Bitte Impfpass mitbringen

==========

Corona: ☐erkrankt ☐geimpft (1x ☐ 2x ☐) mit _____

☐ich lehne eine Impfung ab

==========

Tragen Sie eine Brille? ☐nein ☐Fernbrille ☐Lesebrille ☐Beides

==========

Tragen Sie Hörgeräte? ☐ja ☐nein

==========

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt und warum:

_____

_____

_____

Hatten Sie Operationen: ☐ja ☐nein

Falls JA, welche:

_____

_____

_____

==========

Leiden Sie an einer Krebserkrankung? ☐ ja ☐ nein

Falls JA, an welcher? _____

==========

Nehmen Sie bereits an einem Hausarztprogramm teil? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie bereits an einem Disease Management Programm teil? (Chroniker-Programm der Krankenkassen) ☐ ja ☐ nein

---

Vorerkrankungen

Haben Sie Vorerkrankungen? Bitte ankreuzen:

Herz-Kreislauf:

☐ Bluthochdruck ☐ niedriger Blutdruck ☐ Herzrhythmusstörungen

☐ Herzklappenfehler ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall

☐ Thrombosen ☐ Verengung der Herzkranzgefäße ☐ Schrittmacher

==========

Lunge:

☐ Asthma ☐ COPD ☐ Lungenembolie

☐ Lungenentzündung

==========

Magen-Darm-Trakt:

☐ Magenschleimhautentzündung ☐ Magengeschwür ☐ Sodbrennen

☐ Divertikel ☐ Hämorrhoiden ☐ Bauchspeicheldrüsenentzündung

☐ Leberentzündung (Gelbsucht) ☐ Gallensteine

==========

Niere / Harnwege:

☐ Nierensteine ☐ Nierenentzündung ☐ Nierenfunktionsschwäche

☐ Harnblasenentzündungen ☐ Prostatavergrößerung

☐ Harnblasenschwäche / Inkontinenz

==========

Stoffwechselerkrankungen:

☐ Diabetes mellitus (Zucker) ☐ Fettstoffwechselstörung

☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Gicht

==========

Muskel- / Skeletterkrankungen:

☐ Rheuma ☐ Arthritis / Arthrose ☐ Muskelschwäche

==========

Nervenerkrankungen:

☐ Epilepsie (Anfallsleiden) ☐ Parkinson ☐ Multiple Sklerose

☐ Demenz ☐ Polyneuropathie ☐ psychiatrische Erkrankung

Letzte Gesundheitsuntersuchung? _____

Nehmen Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil? ☐ ja ☐ nein

---

Leiden an einem oder mehreren folgender Symptome? Bitte ankreuzen:

☐ Stürze ☐ Immobilität ☐ Gehbeschwerden ☐ Schwindel

☐ Einsamkeit ☐ Gedächtnisproblemen ☐ Gewichtsabnahme

Mitbetreuende Kollegen:

Sind Sie bei weiteren Fachärzten in Betreuung? Wenn ja, bei wem? Name

☐ Rheumatologe _____

☐ Orthopäde / Chirurg _____

☐ Lungenfacharzt _____

☐ Kardiologe _____

☐ Neurologe _____

☐ Augenarzt _____

☐ Urologe _____

☐ Nierenfacharzt _____

☐ HNO-Facharzt _____

☐ anderer _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Sie erklären Ihr Einverständnis zur Nutzung und Speicherung der Daten im Rahmen der Betreuung in der Hausarztpraxis am Georgenhaus. Selbstverständlich unterliegen diese Daten der Schweigepflicht und werden nur im Rahmen der DSG-EKD gespeichert und verarbeitet.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Sozialwerk Meiningen MVZ gemeinnützige GmbH

Der Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten erfolgt auf Basis der §§ 11 und 12 des Datenschutzgesetzes der Evangelischen Kirche Deutschland (DSG-EKD). Die Patienteninformation zum Datenschutz ist ergänzender Bestandteil zu den Einwilligungen.

Mit den folgenden Einwilligungen erteilen Sie uns freiwillig die Erlaubnis zur Weitergabe oder Verarbeitung Ihrer besonderen Daten. Welche Daten im Einzelnen davon betroffen sind, richtet sich maßgeblich nach der jeweiligen Einwilligung und dem damit verbundenem Zweck, gemäß Patienteninformation zum Datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?
Verantwortliche Stelle ist:
MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH, Geschäftsführung, Ernststraße 7, 98617 Meiningen, Tel.: 03693/456-0, E-Mail: mvz.hausarztpraxis@sozialwerk-meiningen.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Tel.: 03621/ 5104001, E-Mail: datenschutzbeauftragter@sozialwerk-meiningen.de

---

Name: Geburtsdatum:

Straße:

PLZ Ort:

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht sowie Datenübermittlung innerhalb der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen medizinischen Mitarbeitern der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH offengelegt werden, **sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist**.

☐ JA ☐ NEIN

Datenübermittlung an den Hausarzt oder überweisenden Facharzt

Ich bin damit einverstanden (Einverständniserklärung nach § 73 Abs. 1b SGB V), dass mein/e behandelnder/en Arzt / Ärzte / Psychologischer Psychotherapeut der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde gegebenenfalls an meinen Hausarzt oder überweisenden Facharzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermitteln, **sofern keine Überweisung** vorliegt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde erfolgt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Sicherungsmaßnahmen und dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt.

☐ JA ☐ NEIN

Ferner bin ich damit einverstanden, dass mein/e behandelnder/en Arzt / Ärzte / Psychologischer Psychotherapeut der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH die bei meinem Hausarzt, überweisenden Facharzt oder sonstigen medizinischen Leistungserbringern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern können und entbinde diese Mediziner hiermit von ihrer Schweigepflicht. Diese Anforderung ermöglicht es der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes oder überweisenden Facharztes zu erhalten. Die MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH wird

die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind (Dokumentation, Behandlung, Vermeidung von Doppeluntersuchungen/-behandlungen).

☐ JA ☐ NEIN

Name und Anschrift des Hausarztes / überweisenden Facharztes/ medizinischen Leistungserbringers

Schweigepflichtentbindung zur Datenübermittlung an verbundene Unternehmen

(Sozialwerk Meiningen gGmbH)

Ich willige ein, dass die Sozialwerk Meiningen gGmbH im Rahmen eines bestehenden Kooperationsvertrages mit der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH Daten für gesetzlich vorgeschriebene Abrechnungszwecke sowie individuelle Wahlleistungen (IGeL-Leistungen) verarbeitet.

☐ JA ☐ NEIN

Schweigepflichtentbindung zur Datenübermittlung an mitbehandelnde Ärzte und Einrichtungen

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnder/en Arzt / Ärzte / Psychologischer Psychotherapeut der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde gegebenenfalls an externe Konsiliarärzte, Labore, Telemediziner und Therapeuten zum Zwecke einer Diagnostik und gemeinsamen Behandlung übermitteln, soweit dies für die Mitbehandlung notwendig ist. Das schließt auch Unterlagen ein, die mein/e behandelnder/en Arzt / Ärzte / Psychologischer Psychotherapeut von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

☐ JA ☐ NEIN

Schweigepflichtentbindung zur Datenübermittlung an Sozialleistungsträger und Sozialgerichte

(z.B. Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Rentenversicherungsträger)

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e behandelnder/en Arzt / Ärzte / Psychologischer Psychotherapeut der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde gegebenenfalls an

Sozialleistungsträger und Sozialgericht zum Zwecke der Dokumentation und Antragsbearbeitung übermitteln, soweit dies für die Antragsbearbeitung notwendig ist. Das schließt auch Unterlagen ein, die mein/e behandelnder/en Arzt / Ärzte / Psychologischer Psychotherapeut von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

☐ JA ☐ NEIN

Meiningen, den	

Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Widerrufs- und Beschwerderecht

Sie sind gemäß § 19 DSG-EKD jederzeit berechtigt die MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.
Gemäß §§ 20 ff. DSG-EKD können Sie jederzeit gegenüber der MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH die Berichtigung, Löschung und Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, sofern technisch möglich und keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen diese Rechte ausschließen.
Sie können darüber hinaus jederzeit und ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerrufsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln.

Der Widerruf kann formfrei erfolgen und sollte möglichst gerichtet werden an:
MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH, Geschäftsführung, Ernststraße 7, 98617 Meiningen, Tel.: 03693/456-0, E-Mail: datenschutzbeauftragter@sozialwerk-meiningen.de

Sie haben nach Art. 46 Abs. 1 DSG-EKD das Recht auf Beschwerde bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde: Der Datenschutzbeauftragte für Kirche und Diakonie, Reichenbrander Str. 4, 09117 Chemnitz, Tel.: 0351/4692-462, Fax: 0351/4692-469, E-Mail: datenschutzbeauftragter@evlks.de

Weitere Informationen über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten, im Rahmen Ihrer Behandlung im MVZ Sozialwerk Meiningen gGmbH, liegen im Wartebereich für Sie aus.