Oberlandärzte

Ihre freundliche Arztpraxis im Kulmbacher Oberland

Dr. med. Carola Klein · Dr. med. Natascha von Schau
Kulmbacher Straße 7 · 95352 Marktleugast
Telefon 09255 255 · Fax 09255 7694
anmeldung@oberlandaerzte.de

Patientenaufnahme – Neupatientin / Neupatient

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1 PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname *	Vorname *	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) *
Geburtsname (falls abweichend)	Geschlecht * ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ ohne Angabe	
Straße und Hausnummer *	PLZ *	Wohnort *
Telefon *	Mobiltelefon	E-Mail (freiwillig)
Beruf / derzeitige Tätigkeit * (auch z. B. Rentner/in, Schüler/in, arbeitsuchend)		

2 VERSICHERUNG

Versichertenstatus * ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler	
Sonstiger Kostenträger (z. B. Berufsgenossenschaft)	
Krankenkasse bzw. private Versicherung *	Versicherungsnummer (nur bei Privatversicherung)
Hauptversicherte/r (nur bei Familienversicherung): Name	Geburtsdatum der/des Hauptversicherten
Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht	
Falls ja: Bei welcher Hausarztpraxis sind Sie eingeschrieben? (Name, Ort)	

Bitte bringen Sie Ihre Gesundheitskarte (eGK), Ihren Impfausweis und – falls vorhanden – Ihren Medikationsplan mit.

Patientenaufnahme – Fortsetzung

Nachname *	Vorname *	Geburtsdatum *

3 BISHERIGE VERSORGUNG UND ANLASS

Bisherige Hausarztpraxis (Name, Ort)

Weitere Ärzte in Behandlung (Fachrichtung)

Anlass Ihres Besuchs *

☐ dauerhafte Betreuung ☐ akutes Anliegen

☐ Vorsorge / Check-up ☐ Ernährungsmedizin ☐ Sonstiges

Kurz beschrieben (freiwillig)

4 GESUNDHEITSANGABEN (KURZÜBERSICHT)

Alles Weitere besprechen wir im Arztgespräch.

Aktuelle Medikamente (Name, Dosierung) – oder Medikationsplan mitbringen

Allergien / Unverträglichkeiten – leer = keine bekannt

Wichtige Vorerkrankungen, Operationen, Implantate (z. B. Herzschrittmacher)

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden?	Rauchen
☐ ja ☐ nein	☐ nie ☐ früher ☐ aktuell

Falls Sie rauchen oder früher geraucht haben: Was und wie viel pro Tag? Wie viele Jahre insgesamt?

Praxis
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Carola Klein / Dr. med. Natascha von Schau Oberlandärzte GbR
Kulmbacher Straße 7 · 95352 Marktleugast

Kontakt
Telefon 09255 255
Fax 09255 7694
anmeldung@oberlandaerzte.de
oberlandaerzte.de

Sprechzeiten
Mo, Do 7:30–11:30, 16:30–19:00
Di, Mi, Fr 7:30–11:30

Patientenaufnahme – Fortsetzung

Nachname *	Vorname *	Geburtsdatum *

5 DATENSCHUTZHINWEIS (ART. 13 DSGVO)

Verantwortlich: Gemeinschaftspraxis Dr. med. Carola Klein / Dr. med. Natascha von Schau Oberlandärzte GbR, Kulmbacher Straße 7, 95352 Marktleugast, Telefon 09255 255, anmeldung@oberlandaerzte.de.

Zweck und Rechtsgrundlage: Wir verarbeiten Ihre Angaben, um Sie zu behandeln, die Behandlung zu dokumentieren und abzurechnen (Art. 6 Abs. 1 lit. b und c, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). Dafür ist keine gesonderte Einwilligung nötig. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind dafür erforderlich.

Empfänger und Speicherdauer: Weitergabe nur, soweit gesetzlich erlaubt oder erforderlich, z. B. an Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Abrechnungsstellen, Labore sowie mit- und weiterbehandelnde Ärzte. Unser IT-Dienstleister hat nur im Rahmen eines Auftragsverarbeitungsvertrags Zugriff. Behandlungsunterlagen bewahren wir mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf (§ 630f BGB), in bestimmten Fällen länger.

Ihre Rechte: Sie haben Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und – soweit keine Aufbewahrungspflicht besteht – Löschung. Beschwerde ist möglich beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 18, 91522 Ansbach.

6 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

☐ Ich habe den Datenschutzhinweis (Seite 3) gelesen und zur Kenntnis genommen. *

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an andere Fachärzte und Kliniken weiterleiten darf.	☐ ja ☐ nein
mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung von anderen Fachärzten und Kliniken anfordern darf.	☐ ja ☐ nein

Elektronische Patientenakte (ePA): Die ePA stellt Ihnen Ihre Krankenkasse kostenlos zur Verfügung. Wir sind gesetzlich verpflichtet, bestimmte Daten aus Ihrer Behandlung dort einzustellen, z. B. Laborbefunde, Arztbriefe, Befundberichte und Ihre Medikationsliste. Dafür ist keine Einwilligung nötig. Wenn Sie der ePA insgesamt widersprechen oder den Zugriff einzelner Praxen einschränken möchten, wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse oder nutzen Sie deren ePA-App. Dort legen Sie auch fest, wer Zugriff hat und wie lange. Möchten Sie nicht, dass ein bestimmtes Dokument aus unserer Praxis eingestellt wird, sagen Sie es uns bitte.

Ich wünsche, dass die Praxis darüber hinaus weitere Unterlagen aus meiner Behandlung in meine ePA einstellt.	☐ ja ☐ nein

Freiwillig. Ihre Behandlung hängt nicht davon ab. Widerruf jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Zusätzlich (freiwillig):

Terminerinnerungen und Recall (z. B. Vorsorge, Impfungen) per SMS oder Anruf an meine Mobilnummer sind erlaubt.	☐ ja ☐ nein
Die Praxis darf mich per E-Mail kontaktieren.	☐ ja ☐ nein

Patientenaufnahme – Fortsetzung

Nachname *	Vorname *	Geburtsdatum *

7 NOTFALLKONTAKT UND WEITERE PERSONEN (FREIWILLIG)

Notfallkontakt 1: Name	Telefon	Beziehung (z. B. Ehepartner/in)
Notfallkontakt 2: Name	Telefon	Beziehung (z. B. Ehepartner/in)
Notfallkontakt 3: Name	Telefon	Beziehung (z. B. Ehepartner/in)

Ich erkläre mich einverstanden, dass diese Personen Rezepte, Befunde und Behandlungsunterlagen für mich abholen und ausgehändigt bekommen dürfen (Vollmacht):

Person 1: Name, Beziehung
Person 2: Name, Beziehung

Ich erkläre mich einverstanden, dass diese Personen Auskünfte über meine Behandlungsdaten erhalten können:

Person 1: Name, Beziehung
Person 2: Name, Beziehung

Ich weiß, dass ich berechtigt bin, diese Einwilligung jederzeit schriftlich ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ort, Datum *	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung *	Name der gesetzlichen Vertretung (bei Minderjährigen/Betreuten)

NUR VON DER PRAXIS AUSZUFÜLLEN

Erfasst

☐ eGK eingelesen ☐ Impfausweis vorgelegt ☐ Privatpat.: Abrechnungserklärung liegt vor

☐ Abgleich eGK/Bogen: keine Abweichung ☐ Abweichung – Patient informiert

☐ ePA-Wunsch im PVS dokumentiert

Im PVS angelegt am / Kürzel	Archiviert am / Kürzel

Praxis
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Carola Klein / Dr. med. Natascha von Schau Oberlandärzte GbR
Kulmbacher Straße 7 · 95352 Marktleugast

Kontakt
Telefon 09255 255
Fax 09255 7694
anmeldung@oberlandaerzte.de
oberlandaerzte.de

Sprechzeiten
Mo, Do 7:30–11:30, 16:30–19:00
Di, Mi, Fr 7:30–11:30