

Kinder- u. Jugendärzte
Dr. F. Köhler - P. Hoffmann - S. Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen

Patientenanamnesebogen

ALLGEMEINE ANGABEN

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Handynummer _____

E-Mail Adresse _____

Name des Hauptversicherten _____

Geburtsdatum _____

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ auf Empfehlung von Freunden/Familie

☐ auf Empfehlung von anderen Ärzten

☐ Internet/ Telefonbuch

☐ sonstiges

ELTERN UND GESCHWISTER

Dateiname: Patientenanamnese allgemein

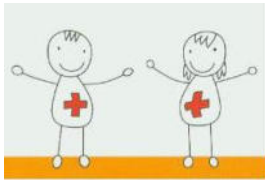
Erstellt: Frau Stünker

Geprüft: Frau Gätjen

Geändert: Frau Wülbern

am: 2016

am: 02.01.2017



Kinder- u. Jugendärzte
Dr. F. Köhler - P. Hoffmann - S. Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen

Patientenanamnesebogen

Mutter: _____

Beruf _____

Größe _____ cm

Alter bei der ersten Regelblutung _____ Jahre

Vater: _____

Beruf _____

Größe _____ cm

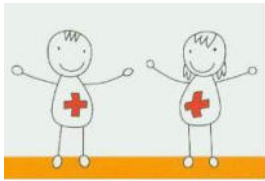
Pubertätsentwicklung ☐ früh ☐ normal ☐ spät

Geschwister (bitte auch Halbgeschwister mit angeben):

Name	Geburtsdatum

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Dateiname: Patientenanamnese allgemein
Erstellt: Frau Stünker am: 2016
Geprüft: Frau Gätjen
Geändert: Frau Wülbern am: 02.01.2017



Kinder- u. Jugendärzte
Dr. F. Köhler - P. Hoffmann - S. Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen

Patientenanamnesebogen

Gibt es Besonderheiten in der gesundheitlichen Vorgeschichte ihres Kindes?

Müssen regelmäßig Medikamente eingenommen werden (welche/ welche Dosierung)?

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?

Sind Allergien bekannt? Wenn ja welche?

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

FAMILIENANAMNESE

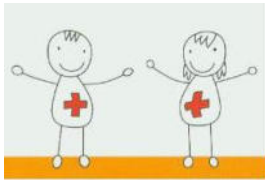
Gibt es folgende Erkrankungen in der Familie ?

	Wer ist davon betroffen?	mütterlicher- seits	väterlicher- seits
Allergien		☐	☐
Übergewicht		☐	☐
Schilddrüsenerkrankung		☐	☐
Diabetes mellitus (Zucker)		☐	☐
Lebererkrankung		☐	☐
Nierenerkrankung		☐	☐
Erhöhte Blutfettwerte		☐	☐
Schlaganfall		☐	☐
Herzinfarkt		☐	☐
Krebserkrankung		☐	☐
Sucht		☐	☐

Weitere familiäre Besonderheiten?

Dateiname: Patientenanamnese allgemein
Erstellt: Frau Stünker
Geprüft: Frau Gätjen
Geändert: Frau Wülbern

am: 2016
am: 02.01.2017



Kinder- u. Jugendärzte
Dr. F. Köhler - P. Hoffmann - S. Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen

Patientenanamnesebogen

ALLTAG

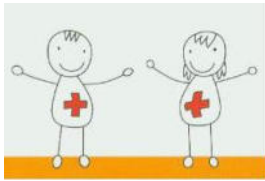
Besucht Ihr Kind eine Krippe / Kita / Schule?

O ja O nein

Wenn ja welche?

In welche Klasse geht Ihr Kind? _____ Klasse

Hat Ihr Kind Hobbys? _____



Kinder- u. Jugendärzte
Dr. F. Köhler - P. Hoffmann - S. Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen

Patientenanamnesebogen

Schweigepflichtsentbindung

Name und Vorname des Patienten, Geburtsdatum:	
--	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

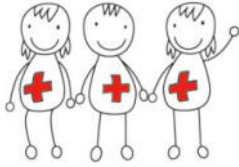
Hiermit entbinde ich die Ärzte der kinder- und jugendärztlichen Gemeinschaftspraxis Herr Philipp Hoffmann, Frau Dr. Franziska Köhler und Frau Susanna Schmidt wechselseitig der Schweigepflicht.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an allen behandelnden Ärzte/Fachärzte/Hausärzte, Kliniken, Therapeuten, Kindergärten, Schulen, Kostenträger weitergeleitet werden.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass ärztliche Dokumente, Untersuchungsbefunde, Bildmaterial, Gutachten wechselseitig ausgetauscht werden dürfen.

Bremen,

(Patienten/gesetzl. Vertreter)



Kinder- und Jugendärzte
F. Köhler – P. Hoffmann – S. Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen

Patienteninformation zum Datenschutz

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

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 die Praxis:
Kinder- und Jugendarztpraxis
Dr. Franziska Köhler – Philipp Hoffmann – Susanna Schmidt
Sonneberger Str. 2a
28329 Bremen
Tel.: 0421 – 46 70 28
Praxis App: Meine pädiatrische Praxis

2. ZWECKE 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, Therapievorschlüsse 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.

Ihre persönlichen Daten wie Telefonnummer, Adresse, E-Mail und ähnliche möchten wir für die Kontaktaufnahme zu Terminabsprachen und Befundmitteilungen, dem Recall-System und ähnlichem verwenden. Sollten Sie dieses nicht wünschen, sprechen sie uns bitte an.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben (Schweigepflichtsentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, medizinische Labore, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern 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 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 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 der 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesdatenschutzbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Arndtstr. 1, 27570 Bremerhaven

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.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte sprechen Sie uns bei Fragen (oder Beschwerden) gerne an.

Ihr Praxisteam

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin mit dieser einverstanden, dieses Einverständnis kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Datum: _____

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter