

Erst-Anamnese Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Ihren Möglichkeiten vor Ihrer Arzt-Konsultation aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und eine nötige Behandlung für Sie individuell zu gestalten.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Tel.:

Geb. Datum:

Versicherung:

VersNr.:

Priv. Versicherung:

Pol. Nr.:

Bei Minderjährigen - Erziehungsberechtigter bzw. Hauptversicherter

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

MEDIZINISCHE DATEN

Allergien:

Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten:

Grösse:

cm

Gewicht:

kg

Rauchen:

☐ Ja

☐ Nein

Alkohol:

☐ Ja

☐ Nein

FAMILIENANAMNESE (Krankheiten oder familiäre Belastungen Ihrer Eltern/Geschwister und Kindern)

VORERKRANKUNGEN

Wenn Ja, Bitte um nähere Ausführung der Vorerkrankungen

Herzerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Lungenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Bluthochdruck ☐ Ja ☐ Nein

Zuckerkrankheit: ☐ Ja ☐ Nein

erhöhte Fettwerte: ☐ Ja ☐ Nein

Erhöhte Harnsäure/Gicht: ☐ Ja ☐ Nein

Hauterkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Magen/Darmerkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Probleme/Erkrankungen mit
Wirbelsäule und/ oder Gelenken ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

WURDEN SIE SCHON EINMAL OPERIERT?

Was	Wann	Anmerkung

DURCHGEFÜHRTE IMPFUNGEN (Bitte Impfpass mitnehmen!)

☐ FSME ☐ Hepatitis A/B ☐ Diphtherie/Tetanus ☐ Masern/Mumps/Röteln

NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN? (Wenn ja, welche? (Stärke, Dosierung))

	morgens	mittags	abends	nachts

Einverständniserklärung

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Die Arztrechnung der Wahlarzt-Ordination Dr. Jakob Wurmbäck ist, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung, unmittelbar nach Leistungserbringung zu zahlen.

- ☐ Ich habe die Datenschutzinformationen (siehe unten) gelesen und bin hiermit einverstanden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden per SMS eine Terminerinnerung zu erhalten
- ☐ Ich bin damit einverstanden per E-Mail eine Terminerinnerung zu erhalten
- ☐ Ich bin damit einverstanden über eine App verschlüsselte Befundberichte, Rezepte usw. zu erhalten. Mit dieser App kann ich ebenfalls mit der Ordination kommunizieren um z.B. Befunde oder Daten zu senden..

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. 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.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Dr. Jakob Wurmbäck

Augasse 22

2620 Neunkirchen

Tel.: 0690/ 102 281 83

E-Mail: ordi@dr-wurmbaack.at

Unsere Ordination benötigt gemäß der gesetzlichen Vorgaben keinen Datenschutzbeauftragten.

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, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, 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.

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, 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 berechnete Empfänger.

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.

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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Österreichische Datenschutzbehörde
Anschrift: Wickenburggasse 8, 1080 Wien
Email: dsb@dsb.gv.at
Telefon: +43 1 52 152 - 0