

Orthoprax Rheinhausen – Dres. Drozd & Lieb

Friedrich-Alfred-Str. 60a, 47226 Duisburg – www.orthoprax-rheinhausen.de

Patienten-Fragebogen

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____
Straße, Hausnr.: _____ Handy: _____
Ausgeübte Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Krankenkasse _____ Hausarzt: _____
Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? nein ja, bis: _____
E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte in der Praxisgemeinschaft Dres. Drozd & Lieb im Interesse meiner Gesundheit zusammenarbeiten und meine Daten für diagnostische und therapeutische Zwecke austauschen dürfen. Im Falle von Laboruntersuchungen gestatte ich eine Datenweitergabe an das kooperierende Labor. Des Weiteren erlaube ich, dass Auskünfte an Versorgungsämter, Sozialgerichte, an die Deutsche Rentenversicherung und ggf. an meinen Hausarzt in meinem Interesse weitergeleitet werden dürfen. Die ausliegenden Hinweise zum Datenschutz und Datenweitergabe an andere Ärzte habe ich wahrgenommen.
Zudem ist mir bewusst, dass aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine digitale Speicherung bzw. Übermittlung der Daten für Krankschreibung, Rezept sowie Arztbriefe ab dem 01.10.2021 vorgeschrieben ist. Mit der Datenspeicherung bin ich einverstanden.

Ich stimme zu, dass die Praxis ein **Ausfallhonorar** in Höhe von **30,00€** mir in Rechnung stellen darf, wenn ich meinen Termin nicht 24 Std. vorher Absage.

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminmanagementsystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Terminmanagementsoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in das Doctolib Terminmanagementsystem eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns ist Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Doctolib wird dann als unser Auftragsverarbeiter tätig (Art. 28 DSGVO). Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäß den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Um Terminausfälle zu vermindern, werden Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, wenn Sie Ihren Termin online gebucht haben. Wenn Sie keine solchen Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten. Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

Ja, ich möchte Recalls erhalten. Nein, ich möchte keine Recalls erhalten. Name: _____

Datum : _____

Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: X _____

Erziehungsberechtigte(r) bei minderjährigen Patienten:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift falls abweichend: _____

Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Wann haben Sie die meisten Beschwerden? _____

Belastung / Ruhe / Bewegung / Stehen / Sitzen / Liegen / nachts / ...

Wurden Röntgenbilder angefertigt (wann, wo, was)? _____

Welche Behandlungen wurden durchgeführt? _____

Was wurde bei Ihnen operiert? _____

Liegt ein Unfallgeschehen vor? _____

Pflegegrad? _____ GdB: _____ %

Ich bin an IGEL (Individuelle Gesundheitsleistungen) Interessiert ja nein



Patientenanamnese von

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Haben bzw. hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen?

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Besteht bei Ihnen ein Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen ein rascher Gewichtsverlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie einen Herzinfarkt oder andere Herzleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen eine Gicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Ihnen Rheumatische Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Depressionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Grünen Star oder ein Glaukom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Knochenbrüche/ orthopädische Vorbehandlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Thrombose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie eine Tumor- oder Krebserkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Pille, Magen-, Bluthochdruck-, Schmerz-, Schlaf-, Abführ-, Beruhigungsmittel)?

Wenn ja, welche? _____
