



**Ronni Hendel +
Dr. med. Andreas Ubauf**

Anamnesebogen

Liebe Patienten

Um Ihnen eine angemessene Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, die aufgeführten Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Name	Telefon privat	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Telefon geschäftlich	derzeitige Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboren am	Telefon mobil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Haben Sie einen Hausarzt? Name, Anschrift, Telefon - sofern bekannt:

Stimmen Sie der Übermittlung Ihrer Labordaten und Therapiepläne an den Hausarzt zu?

Ja Nein

Hinweis für eilige Patienten

Wartezeiten lassen sich trotz straffer Organisation und präziser Planung nicht immer umgehen. Notfälle haben auch vor Terminpatienten immer Vorrang! Wenn Ihre Zeit jedoch knapp bemessen ist, rufen Sie bitte ca. 20 Minuten vor Behandlungsbeginn an, ob Ihr Termin zeitgerecht eingehalten werden kann. Wir sind bemüht, Ihnen in jedem Fall unnötige Wartezeiten zu ersparen. Im Fall unvorhergesehener Wartezeiten verlangen Sie ruhig unverzüglich einen neuen Termin. Wir wissen genau, dass Ihre Zeit kostbar ist!

Sie konsultieren uns auf Empfehlung von:

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie heute zu uns geführt?

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Ist ihr Impfausweis vollständig? Gerne kontrollieren wir Ihren Impfstatus!

Anamnese

Die folgenden Fragen dienen dazu, uns vorab einen umfassenden Eindruck Ihres Gesundheitszustandes zu machen. Das ermöglicht uns individuell auf Ihr spezielles Problem eingehen zu können. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Diabetologische Anamnese (bitte ankreuzen)

Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Seit <input type="text"/>
Nehmen Sie Tabletten?	Ja <input type="checkbox"/>	Seit <input type="text"/>
Nehmen Sie Insulin?	Ja <input type="checkbox"/>	Seit <input type="text"/>
Wann sind Sie zuletzt geschult worden?	<input type="text"/>	
Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch?	<input type="text"/>	
Sind bei Ihnen bereits Folgeerkrankungen aufgetreten (Auge, Niere, Durchblutung, Fuß)? Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	



Ronni Hendel

Erkrankung	Ja	Wann / Seit?
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	
Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	
Koronarerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Andere Herzerkrankungen oder Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	
Krampfadem	<input type="checkbox"/>	
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	

Dr. med. Andreas Ubenauf

Erkrankung	Ja	Wann / Seit?
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	
Andere Erkrankungen der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	
Gicht	<input type="checkbox"/>	

Nehmen Sie Dauermedikamente ein? Wenn ja, welche und wie?

Medikamentenname / Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Familien-Anamnese (bitte ankreuzen)

Erkrankung	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Da meine Krankenkasse nicht mehr im gesamten Umfang für meine Untersuchungen aufkommt, wünsche ich auf jeden Fall auch Informationen über sinnvolle, andere Behandlungsmethoden die ich selbst zahlen muss.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!

Hausärztlich-Internistische Gemeinschaftspraxis Ronni Hendel + Dr. med. Andreas Ubenauf
Erich-Ollenhauer-Straße 5 / 30515 Langenhagen / Telefon: 0511 73 21 44 / Telefax: 0511 73 22 21
E-Mail: info@diabetologie-langenhagen.de / Internet: www.diabetologie-langenhagen.de

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ – DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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:

Hausärztlich-Internistische Gemeinschaftspraxis
Ronni Hendel + Dr. med. Andreas Ubenauf
Erich-Ollenhauer-Straße 5, 30851 Langenhagen
Telefon: 0511 73 21 44
Telefax: 0511 73 22 21
E-Mail: info@diabetologie-langenhagen.de

2. 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 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.

3. 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 / Psychotherapeuten, 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.

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 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen Barbara Thiel
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Telefon: 05 11/120-45 00
Telefax: 05 11/120-45 99
E-Mail: poststelle@fd.niedersachsen.de
Homepage: <http://www.lfd.niedersachsen.de>

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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam