

**Privat Patienten**

**Praxis  
Loay Samara  
Innere Medizin & Hausärztliche Versorgung**

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation aus.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

(ehm.)Hausarzt :

**Datum:**

**Name:**

**Vorname:**

**Telefon:**

**Straße, Hausnr.:**

**Mobil:**

**PLZ / Ort:**

**E-Mail:**

**Geburtsdatum:**

**Ihre Krankenversicherung:**

**Versichert über:**

(Name, Geburtsdatum, falls nicht selbst versichert)

Alkohol:            /Tag    Zigaretten:        /Tag seit    Jahren  
Drogen :

**Medikamente**

Regelmäßige : (Medikamente/Substanzen)  
Einnahme(morgens, mittags , abends, nachts)


Liegt eine Schwangerschaft vor ?    Ja( )    Nein( )

Ist ein Herzschrittmacher vorhanden?    Ja( )    Nein( )

Bitte wenden

**Allergien:**

**Chronische Erkrankungen:**

**Sozialanamnese:**

Familienstand: verh./Partnerschaft/led:

Beruf:

Nächster Angehöriger/ Adresse+ Telnr:

Pflegestufe :    Patientenverfügung                    Betreuung:

Pflegedienst:

Apotheke:

Letzter Stationärer Aufenthalt/ wann + warum :

Letzte Coloskopie (Darmspiegelung) wann:

Letzte Gynäkologische oder Urologische Untersuchung:

**-Vielen Dank-**

## Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrter Patient (m/w/divers),

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter der Telefonnummer 0541 335 3697 bzw. Mail: [info@pvs-niedersachsen.de](mailto:info@pvs-niedersachsen.de). Mit der Beitreibung von Honorarforderungen, zu denen ein Zahlungsverzug eintritt, soll die Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST), beauftragt werden. Auch bei dieser handelt es sich um eine berufsständische Vereinigung, deren Mitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Die von der RST verarbeiteten Rechnungsdaten werden nach Beitreibung der Honorarforderung gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS NDS ([datenschutz@pvs-niedersachsen.de](mailto:datenschutz@pvs-niedersachsen.de)) oder die RST ([zentrale@rst-hannover.de](mailto:zentrale@rst-hannover.de)). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf [www.pvs-niedersachsen.de/transparenz](http://www.pvs-niedersachsen.de/transparenz). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der RST finden sie auf [www.rst-hannover.de/datenschutz](http://www.rst-hannover.de/datenschutz).

### **Diese Einwilligungserklärung ist für Ihren behandelnden Arzt!**

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 Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde **ausschließlich für den Beschwerdefall** lauten:

Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prinzenstr. 5  
30159 Hannover  
Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Praxisstempel

## Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.
3. Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.
4. Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

### Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

\_\_\_\_\_  
Patient - Nachname / Vorname (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Patient m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

identisch mit Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Rechnungsempfänger - Nachname / Vorname (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

Unterschrift bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgberechtigten ebenfalls vorliegt.

Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung     Normale private Krankenversicherung     Beihilfeberechtigt

**Besondere Versicherungen:**     Post B     KVB

**Besondere Tarife:**     Basistarif\*     Standardtarif\*     Studententarif\*

\*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: \_\_\_\_\_

## Formblatt Einverständniserklärung Aushändigung

zur Aushändigung von Patientenunterlagen gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und Art. 7 EU-DSGVO erkläre

ich

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

- mich einverstanden, dass mein Arzt mich betreffende Rezepte, Befunde und andere Formulare folgenden Angehörigen/Personen aushändigt:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

- Die in der Praxis aushängenden/ausliegenden **Patientenrichtlinien zum Datenschutz** habe ich gelesen und verstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht aushändigen, übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: 06.05.2019
Erstellt am: 06.05.2019	Freigegeben am: 06.05.2019	Seite 1 von 1

## Anamnesebogen

**Praxis**  
**Loay Samara**  
**Innere Medizin & Hausärztliche Versorgung**

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation aus.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

**ehemaliger Hausarzt:**

Datum:

Name :

Vorname:

Geburtsdatum:

Telnr. - Privat :  
Mobile

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_

Alkohol:                    /Tag    Zigaretten:            /Tag seit    Jahren

Drogen :

### Medikamente

Regelmäßige: (Medikamente/Substanz)  
Einnahme (morgens, mittags, abends, nachts)


Liegt eine Schwangerschaft vor ?    Ja ( )    Nein ( )

Ist ein Herzschrittmacher vorhanden?    Ja ( )    Nein ( )

Bitte wenden

**Allergien:**

**Chronische Erkrankungen:**

**Sozialanamnese:**

Familienstand: verh./Partnerschaft/led:

Beruf:

Nächster Angehöriger/ Adresse+ TeInr:

Pflegestufe :      Patientenverfügung              Betreuung:

Pflegedienst:

Apotheke:

Letzter Stationärer Aufenthalt/ wann + warum :

Letzte Coloskopie (Darmspiegelung) wann:

Letzte Gynäkologische oder Urologische Untersuchung: