

Stammdaten und Datenschutzvereinbarung

Name inkl. Titel: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Vorgeschichte

Leiden oder litten Sie an einer der genannten Erkrankungen?

Herz-/Kreislauf (z.B. Rhythmusstörungen, Infarkt) nein ja

Neurologie (z.B. Schlaganfall, Epilepsie, Migräne) nein ja

Krebserkrankung (z.B. Brust-, Lungenkrebs) nein ja

Stoffwechsel (z.B. Zucker, Lipide, Schilddrüse) nein ja

Lunge/Atemwege (z.B. Asthma, COPD) nein ja

Magen-Darm inkl. Leber/Bauchspeicheldrüse (z.B. Fettleber) nein ja

Urologie (z.B. Nierenschwäche, Prostata, Harnwegsinfekte) nein ja

Hals-/Nasen-/Ohren (z.B. Hörminderung, Tinnitus) nein ja

Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, Katarakt) nein ja

Haut/Geschlechtserkr. (z.B. Schuppenflechte, chron. Wunden) nein ja

Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis) nein ja

Orthopädie (z.B. Wirbelsäulenschäden, Schulter-/Gelenke) nein ja

Psychiatrie (z.B. Depression, emotionale Instabilität) nein ja

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? nein ja

Nehmen Sie dauerhaft/regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Falls ja – Klärung im Gespräch

Rauchen Sie? (inkl. E-Zigaretten, Vaping) nein ja

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Datenschutz (DSGVO)

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte*Innen oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung, übermitteln darf.

Hiermit stimme ich zu, dass zur Dokumentation Fotos von Körperteilen (z.B. bei Ausschlägen oder Wunden) gemacht werden dürfen.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten*Innen oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Ich stimme zu, dass mein Name aufgerufen und/oder auf den Monitoren angezeigt wird. Sollte dies nicht erwünscht sein, wird bei der Anmeldung eine Nummer vergeben.

Ich stimme zu, dass es vor allem im Infusionsraum im Rahmen von Patientengesprächen passieren kann, dass andere Patienten*Innen dieses Gespräch mithören können.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Unentschuldigtes Fernbleiben von bereits vereinbarten Terminen, Beachtung der Hausordnung

Es wird darauf hingewiesen, dass es bei unentschuldigtem Fernbleiben von bereits vereinbarten Terminen zu einer Ausfallszahlung von 50 Euro kommen kann – diese Information ist auch auf den Monitoren im Warteraum ersichtlich.

Bei wiederkehrend unentschuldigtem Fernbleiben im Rahmen von Planterminen oder aggressivem/beleidigendem Auftreten behalten wir uns das Recht vor, das Behandlungsverhältnis zu beenden.

Datum: _____

Unterschrift: _____