

Anmeldung Kindergastroenterologie

Liebe Eltern, bitte diesen Bogen immer komplett ausfüllen.

Datum:

Patientenname		Adresse mit Telefonnummer und Email-Adresse	
Geburtsdatum			
Krankenkasse		Überweisende Praxis mit Telefonnummer	
Größe:	Gewicht:	Verdachtsdiagnose:	
Symptome/Beschwerden			
Beginn der Beschwerden:		Durchfall: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Häufigkeit: ____/Tag	
Erbrechen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Blut im Stuhl ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nächtliches Aufwachen durch die Beschwerden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Verstopfung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Gewichtsabnahme: ja <input type="checkbox"/> ____ kg nein <input type="checkbox"/>	
Nahrungsmittel als Auslöser verdächtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche(s):			
Laborwerte (in der Regel Voraussetzung vor Terminvergabe); bitte eintragen oder Ausdruck beifügen			
Datum:		GOT:	Calprotektin im Stuhl:
Hb:	CRP:	GPT:	Anti-Transglutaminase-IgA-Ak:
Leuko:	BSG:	yGT:	Gesamt-IgA:
Andere <u>auffällige</u> Laboruntersuchungen			
Andere erfolgte Untersuchungen (Ultraschall, Endoskopie, Atemtest usw.), bitte Ergebnisse beifügen:			
Vorhandene Arztbriefe, Untersuchungsbefunde usw. bitte per Email, Fax oder Post schicken (s.u.)			
Eine schnelle Vorstellung ist medizinisch indiziert (V.a. M. Crohn, Colitis ulcerosa usw.):			
ja <input type="checkbox"/> (erfordert zwingend telefonische Anmeldung durch den betreuenden Kinderarzt) nein <input type="checkbox"/>			
Rückantwort (wird durch uns ausgefüllt):			
Termin am:			
<input type="checkbox"/> Eine Vorstellung ist aus Kapazitätsgründen aktuell leider nicht möglich			
<input type="checkbox"/> Die Angaben erfordern aktuell keine kindergastroenterologische Vorstellung. Wir empfehlen die Abklärung beim Hausarzt			
<input type="checkbox"/> Wir empfehlen zunächst die Durchführung folgender Untersuchungen; danach gerne erneute Rücksprache			

Eltern

O Frau O Herr

Name _____ Vorname _____

geb. _____ sorgeberechtigt O ja O nein

Tel. Mobil _____ Email-Adresse: _____

O Frau O Herr

Name _____ Vorname _____

geb. _____ sorgeberechtigt O ja O nein

Tel. Mobil _____ Email-Adresse: _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass für fest vereinbarte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) eine Ausfallgebühr in Höhe von 40,00 € geltend gemacht wird, falls der Termin nicht anders vergeben werden kann (nach § 615 BGB, Annahmeverzug).

Diese Vereinbarung habe(n) ich/wir gelesen, verstanden und ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden und bestätige(n) das durch meine/unsere Unterschrift.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____

Der Versand von persönlichen und/oder gar medizinischen Daten per Email wird von uns aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht empfohlen, generell gilt für sensible Daten, dass diese am sichersten auf dem Postweg zugestellt werden oder persönlich eingereicht werden. Mit der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten bin ich/sind wir einverstanden. Ich/wir habe(n) jederzeit die Möglichkeit diese Daten löschen zu lassen (abhängig von rechtlichen Vorgaben) und Auskunft über die von uns gespeicherten Daten zu erhalten.

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit widerrufen (in Textform an Kinderarztpraxis Neuhausen, Dres. Saadi und Gloning, Volkartstr. 5, 80634 München).

Die Information zum Datenschutz habe(n) ich/wir erhalten und ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____

Sehr geehrte Erziehungsberichtigte, liebe Patienten,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.
Nach der 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
bezüglich Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Kinderarztpraxis Neuhausen,
Dres. Saadi und Gloning, Volkartstr. 5, 80634 München, Tel: 089 1689980

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 personenbezogene Daten, insbesondere Ihre
Gesundheitsdaten/die Gesundheitsdaten Ihres Kindes. Dazu zählen Anamnesen,
Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu
diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten oder
Heilmittelerbringer, bei denen Sie/Ihr Kind in Behandlung sind, Daten zur Verfügung
stellen (z.B. in Arztbriefen, Therapieberichten).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung/die
Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht
bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln personenbezogene Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich
erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger personenbezogener Daten können vor allem andere Ärzte /
Psychotherapeuten, Heilmittelerbringer, Kassenärztliche Vereinigungen,
Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern
und Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke
der Abrechnung der bei Ihnen/Ihrem Kind erbrachten Leistungen, oder zur Klärung
von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.
Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die
Prüfung der Aufnahme notwendig ist, danach werden diese gelöscht.

Sollte Ihr Kind in unserer Praxis aufgenommen werden, werden personenbezogene
Daten solange aufbewahrt, wie dies zur Durchführung der Behandlung im Rahmen
rechtlicher Vorgaben 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/Ihr Kind 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 unsere Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht

Hausanschrift

Promenade 18, 91522 Ansbach

Tel: +49 (0) 981 180093-0

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Postanschrift

Postfach 1349, 91504 Ansbach

Deutschland

E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.