

Dr. Petra Glasmeyer, Wolfratshäuserstr. 210a, 81479 München

## Anamnesebogen

Schön, dass Sie bei uns sind! Damit wir sie besser behandeln können, füllen Sie uns bitte den Bogen aus und geben ihn wieder am Empfang ab.

Herzlichen Dank, Ihr Praxisteam

Anschrift

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Festnetznummer \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt \_\_\_\_\_

Wollen Sie den Hausarzt wechseln?  ja  nein  vielleicht

Persönliche Angaben

Beruf / Ausbildung \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt lebend  verwitwet

Kinder \_\_\_\_\_

Raucher  nein,  ja seit \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Organspendeausweis vorhanden  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?  nein  ja – Betreuer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad  nein  ja \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport  nein  ja \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen haben / hatten Sie? Allergien?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Vater / Mutter / Geschwister)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DR. PETRA GLASMEYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshäuserstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / info@dr-glasmeyer.de

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

www.dr-glasmeyer.de

Dr. Petra Glasmeyer, Wolfratshäuserstr. 210a, 81479 München

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

---

---

Welche Operationen wurden durchgeführt?

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Durchführung von SMS- und/oder E-Mail-Benachrichtigungen**

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Arztpraxis mittels

SMS zum Zwecke der Terminerinnerung kontaktieren darf. Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Arztpraxis mittels

E-Mail zum Zwecke der Buchungsbestätigung und Terminerinnerung kontaktieren darf.

Ich erkläre mich insoweit ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe meiner zum Zwecke des SMS-Dienstes und/oder E-Mail-Dienstes erforderlichen Daten (Vorname, Name, Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse).

Meine Daten werden ausschließlich zum Zweck der Verarbeitung und Übermittlung der SMS-Benachrichtigung und/oder E-Mail-Benachrichtigung von meiner behandelten Arztpraxis an meine Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse verwendet.

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

● Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

● Ich erkläre die Anlage - Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen zu haben.

● Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Für weitere Informationen beachten Sie bitte die Datenschutzhinweise auf unserer Homepage.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

DR. PETRA GLASMEYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshäuserstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / info@dr-glasmeyer.de

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

www.dr-glasmeyer.de

Dr. Petra Glasmeyer, Wolfratshauerstr. 210a, 81479 München

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage - Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen zu haben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert

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

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

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

---

DR. PETRA GLASMEYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshauerstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / info@dr-glasmeyer.de

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

www.dr-glasmeyer.de

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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:

Dr. Petra Glasmeyer, Wolfratshauer Strasse 210a, 81479 München, [info@dr-glasmeier.de](mailto:info@dr-glasmeier.de), 089/794563

### 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, Therapievorschlüsse 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 berechtigte Empfänger.

---

DR. PETRA GLASMEYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshauerstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / [info@dr-glasmeier.de](mailto:info@dr-glasmeier.de)

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

[www.dr-glasmeier.de](http://www.dr-glasmeier.de)

#### **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:

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München

#### **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

---

DR. PETRA GLASMEYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshäuserstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / [info@dr-glasmeyer.de](mailto:info@dr-glasmeyer.de)

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

[www.dr-glasmeyer.de](http://www.dr-glasmeyer.de)

Dr. Petra Glasmeyer, Wolfratshäuserstr. 210a, 81479 München

## Nur für Privatpatienten und IGEL-Leistungen

### Einverständniserklärung privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS)

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) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die Privatärztliche Verrechnungsstelle PVS bayern GmbH, Geschäftsstelle München, Arnulfstrasse 31, 80636 ([www.pvsbayern.de](http://www.pvsbayern.de)) (kurz: PVS), einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS 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 PSV mehr statt.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

---

DR. PETRA GLASMEYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshäuserstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / [info@dr-glasmeyer.de](mailto:info@dr-glasmeyer.de)

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

[www.dr-glasmeyer.de](http://www.dr-glasmeyer.de)