



## Sehr geehrte Patienten, liebe Angehörige,

wir benötigen für eine optimale Versorgung von Ihnen oder Ihren Angehörigen schriftliche Angaben zur Person und Gesundheit (*unter Berücksichtigung des Datenschutzes*):

### Persönliche Angaben:

|  |                      |                                |                 |
|--|----------------------|--------------------------------|-----------------|
| Name   | Vorname              | ____/____/____<br>Geburtsdatum |                 |
| ____<br>Straße   | ____<br>und Haus-Nr. | ____<br>PLZ                    | ____<br>Wohnort |
| ____<br>Festnetz   | ____<br>Handy        | ____<br>eMail                  |                 |
| ____; Mitglied [ ], Familienmitglied [ ], Rentner [ ].<br>Krankenkasse |                      |                                |                 |
| ____<br>Erlerner Beruf   |                      | ____<br>Jetzige Tätigkeit      |                 |

Haben Sie eine **Patientenverfügung** [ ], **Betreuungsverfügung** [ ], **Vorsorgevollmacht** [ ]

**Besteht ein Pflegegrad:** beantragt [ ], 1 [ ], 2 [ ], 3 [ ], 4 [ ] oder 5 [ ]?

**Haben Sie eine Berufskrankheit** [ ] und welche: \_\_\_\_\_,

**Schwerbehinderung** [ ], **Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung** [ ]?; **GdB:** \_\_\_\_\_%

### **Schweigepflichtentbindung für Angehörige und nahestehende Personen:**

Wenn wir Angehörigen oder nahestehenden Personen Befunde oder aktuelle Gesundheitszustände mitteilen dürfen, brauchen wir hier Ihre schriftliche Einwilligung!

**Verwandtschaftsgrad**

**Name**

**Telefon**

|      |      |      |
|------|------|------|
| ____ | ____ | ____ |
| ____ | ____ | ____ |

Ort: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Welcher Hausarzt hat Sie bisher betreut (*bitte Adresse angeben*)?**

---

**Bei welchen Fachärzten werden Sie noch behandelt?** \_\_\_\_\_

---

**Leiden oder litten Sie an übertragbaren Erkrankungen (*bitte ankreuzen*)?**

HIV/AIDS [ ]; Syphilis/Lues [ ]; Hepatitis/Gelbsucht [ ];

Malaria [ ]; sonstige: \_\_\_\_\_; (Sub)Tropenaufenthalt im letzten Jahr ?

**Haben Sie Vorerkrankungen? (*und seit wann*)?**

---

---

**Hatten Sie Unfälle, Operationen oder Krankenhausaufenthalte (*und wann*)?**

---

---

**Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten, ggf. auch gegenüber Medikamenten?**

---

---

**Bitte legen Sie uns Ihren**

- **Impfausweis**
- **Medikamentenplan aller eingenommenen Arzneimittel vor (*bitte auch pflanzliche Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel*)**

**Unser Praxisteam bedankt sich für Ihre Mühe, Sie haben uns sehr geholfen!**



SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

die europäische Datenschutzverordnung (DSGVO) macht es notwendig, dass wir Sie im Folgenden für einige in unserer Praxis übliche Vorgehensweisen und den Umgang mit personenbezogenen Daten ( z-B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Behandlungsdaten) um Ihre ausdrückliche Zustimmung bitten müssen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Gemeinschaftspraxis (Partner der Gemeinschaftspraxis und ggf. angestellte Ärzte) im Rahmen der gemeinsamen ärztlichen Berufsausübung, insbesondere zum Zwecke der gegenseitigen Vertretung oder der gegenseitigen Konsultation meine in der Gemeinschaftspraxis verwahrten oder gespeicherten personenbezogenen Daten einsehen und verarbeiten dürfen.

Meine freie Arztwahl bleibt davon unberührt.

ja       nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Medizinischen Fachangestellten der Praxis die für ihre Tätigkeit notwendigen personenbezogenen Daten einsehen und verarbeiten dürfen.

ja       nein

Ich bin damit einverstanden, dass für die Bestimmung von Laborwerten die notwendigen personenbezogenen Daten an die Laborgemeinschaft Lademannbogen bzw. an das Facharztlabor Lademannbogen,

Lademannbogen 61 · 22339 Hamburg übermittelt werden.

ja       nein

Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus gespeichert bleiben.

ja       nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung zu jedem einzelnen Punkt jederzeit widerrufen kann.

---

Datum

---

Name

---

Unterschrift



## Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

wir möchten Sie über unsere Praxisabläufe und verbesserte Erreichbarkeit informieren.

### Jeden Tag eine Akut-Sprechstunde:

Wenn Sie akut erkrankt sind und/oder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) brauchen, melden Sie sich bitte bis spätestens 10:30 Uhr bei uns telefonisch an (528 30 48 oder 522 22 11). Sie bekommen dann am gleichen Tag einen Termin zugewiesen. Sollten Sie später anrufen, können wir Ihnen erst am Folgetag einen Termin garantieren (*Notfälle ausgenommen*).

Bitte beachten Sie, dass wir grundsätzlich keine AU zurückdatieren dürfen!

### Video- und Telefonsprechstunde:

Wenn Sie keine körperliche Untersuchung benötigen und etwas nur besprechen möchten (*Labor, Medikamenteneinnahme, Facharztbefunde etc.*), können wir Ihnen einen Termin in unserer Video- und Telefonsprechstunde anbieten.

### Beste Erreichbarkeit über App:

Sie können mit uns am sichersten über unsere App kommunizieren (*Rezeptbestellungen, reguläre Sprechstundentermine und/oder Medikationsplan anfordern, Facharztbefunde senden*). Dazu laden Sie aus dem App Store die Patienten-App x.patient herunter und bringen diese mit, damit wir Ihren Zugang aktivieren können.

### Bestellung von Folge-Rezepten, Überweisungen und Verordnungen:

1. Bestellen Sie diese am sichersten über unsere Patienten-App x.patient (s.o.)
2. Eine weitere Möglichkeit ist die Anforderung über E-Mail ([praxis@hahc.de](mailto:praxis@hahc.de); *leider können wir aus Sicherheitsgründen keine Anhänge öffnen*), allerdings gilt diese nicht mehr als datenschutzkonform
3. Die Abgabe einer schriftlichen Rezeptanforderung ist auch möglich. Das Formular erhalten Sie in unserer Praxis oder als Download von unserer Website (<https://hausarztpraxis-am-heroldcenter.de>)
4. Nach wie vor können Sie auch über unsere telefonische Rezept-Hotline bestellen (528 30 49). Bitte nennen Sie Ihren Vor- und Zunamen, das Geburtsdatum, die Medikamente und Dosierungen.
5. Aufgrund der derzeitigen Situation möchten wir Sie bitten, die Rezepte nur Mo.- Fr. zwischen 8:00 Uhr und 10:30 Uhr sowie zusätzlich Mo., Di. und Do. zwischen 14:30 Uhr und 18:00 Uhr bei uns abzuholen.

Vermeiden Sie bitte die telefonische oder persönliche Bestellung in der Praxis, da wir diesen Weg unseren akut erkrankten Patienten offenhalten wollen. Bitte beachten Sie auch, dass wir nach Ihrer Bestellung die angeforderten Rezepte erst ab dem Nachmittag des folgenden Werktages bereithalten können.

### Nicht eingehaltene Termine

Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte rechtzeitig ab, damit wir anderen Patienten diesen Termin noch anbieten können. Sollten Sie wiederholt Termine nicht wahrnehmen und nicht oder sehr kurzfristig absagen, werden wir Ihnen künftig keine festen Termine mehr bereitstellen können.



## Hinweise zur Videosprechstunde

Wenn Sie keine körperliche Untersuchung benötigen und etwas nur besprechen möchten (Labor, Medikamenteneinnahme, Facharztbefunde etc.), können wir Ihnen einen Termin in unserer Video- und Telefonsprechstunde anbieten.

Hierzu verwenden wir den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Anbieter Patientus (siehe [www.patientus.de](http://www.patientus.de)). Jegliche Kommunikation findet ausschließlich verschlüsselt und unmittelbar zwischen Arzt und Patienten statt.

Bei der Terminvereinbarung werden Ihnen per E-Mail die individuellen Zugangsdaten für den Termin zugesendet. Loggen Sie sich bitte mindestens 10 Minuten vor dem Termin ein. Wir bitten um Verständnis, wenn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt nicht auf die Minute genau den virtuellen Raumbetritt, wenn z.B. nicht planbare Akutsituationen auftreten.

## Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, ausreichend über den Ablauf, die technischen Voraussetzungen und die datenschutzrechtlichen Aspekte der Videosprechstunde in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet,
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt,
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden,
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben und
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die behandelnden Ärzte der Hausarztpraxis am Herold-Center zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Arztpraxis.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Name und Geburtsdatum des Patienten:**

---

---

**Name und Anschrift des vorbehandelnden Arztes:**

---

---

---

**Ich bitte um Übersendung meiner Patientenunterlagen an die Gemeinschaftspraxis**

**Dr. Gehring / Dr. Gotthardt / Dr. Sadeghian**

**Berliner Allee 40 c**

**22850 Norderstedt**

**KIM-Adresse : [hahc.01900900@i-tm.kim.telematik](mailto:hahc.01900900@i-tm.kim.telematik)**

**Datum:**

**Unterschrift:**

## **Einverständnis zur Aufnahme in das Recall-System der Praxis**

Liebe Patientinnen und Patienten,

Recallsitzungen sind regelmäßige Untersuchungen, die je nach Befund zwischen 10 und 60 Minuten dauern können. Abhängig vom Risikograd und der Situation empfehlen wir Ihnen z.B. Abstände von 3, 6, oder 12 Monaten bzw. bei Vorsorgeuntersuchungen entsprechend der gesetzlichen Regelung.

Wir bieten Ihnen an, Sie gemäß dem von Ihrem behandelnden Arzt bzw. Ihrer Ärztin empfohlenen Intervall an diese Kontrollen zu erinnern.

---

Ich bin damit einverstanden, dass ich in fest vereinbarten Zeitabständen benachrichtigt werde, um einen Termin für meine Kontrolluntersuchung zu vereinbaren.

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten