



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	Geburtsdatum
;		
Straße	und Haus-Nr.	PLZ
Wohnort		
Festnetz	Handy	E-Mail
Mitglied [], Familienmitglied [], Rentner [].		
Krankenkasse		
Erlerner Beruf	Jetzige Tätigkeit	

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

Besteht ein Pflegegrad? beantragt? 1 2 3 4 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 Informationen, die für die medizinische Versorgung von mit- und weiterbehandelnden Praxen oder Kliniken angefragt werden, nach ärztlichem Ermessen fallbezogen übermittelt werden.

☐ 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 damit einverstanden, dass für die Verordnung von Arzneimitteln Rezeptdaten an eine von mir oder meiner ambulanten bzw. stationären Pflegeeinrichtung benannten Apotheke 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 Erreichbarkeit informieren.

Terminvergabe:

Für die Akut- und die Videosprechstunde sowie für die reguläre Sprechstunde und für Impfungen bieten wir Ihnen an, Termine online zu buchen. Näheres dazu finden Sie auf unserer Website <https://hausarztpraxis-am-heroldcenter.de>. Bitte beachten Sie, dass diese Termine erst dann als vereinbart gelten, wenn sie von uns bestätigt worden sind. Alternativ können Sie nach wie vor auch telefonisch einen Termin vereinbaren. Sehen Sie aber bitte davon ab, für eine Terminvereinbarung die Praxis aufzusuchen.

Jeden Tag eine Akutsprechstunde:

Wenn Sie akut erkrankt sind und/oder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) brauchen, melden Sie sich bitte online an oder telefonisch bis spätestens 10:30 Uhr (528 30 48 oder 522 22 11), um **am selben Tag** einen Termin zu erhalten. 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!

Videosprechstunde:

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

Erreichbarkeit über App:

Sie können mit uns über die App **gesund.de** kommunizieren (*Rezeptbestellungen, reguläre Sprechstundentermine und/oder Medikationsplan anfordern*). Dazu laden Sie aus dem App Store die Patienten-App **gesund.de** herunter und kommen Sie einmal persönlich in die Praxis, damit wir mittels eines QR-Codes einen sicheren Kommunikationskanal öffnen können.

Bestellung von Folge-Rezepten, Überweisungen und Verordnungen:

Vermeiden Sie bitte die telefonische oder persönliche Bestellung in der Praxis, da wir diesen Weg unseren akut erkrankten Patienten offenhalten wollen.

1. Bestellung über die telefonische **Rezept-Hotline** (528 30 49): Bitte nennen Sie Ihren Vor- und Zunamen, das Geburtsdatum, den Namen des Medikaments mit Wirkstoffstärke und Dosierung
2. Bestellen Sie auch gerne über die Patienten-App **gesund.de** (s.o.)
3. Für die Abgabe einer schriftlichen Rezeptanforderung erhalten Sie das Formular in unserer Praxis oder als Download von unserer Website (<https://hausarztpraxis-am-heroldcenter.de>)
4. Möglich ist auch die Anforderung über E-Mail (praxis@hahc.de), allerdings gilt dieser Weg nicht mehr als datenschutzkonform. *Leider können wir aus Sicherheitsgründen keine Anhänge öffnen.*

Bitte beachten Sie auch, dass wir die Bearbeitung Ihrer Bestellung nicht gesondert bestätigen.

Abholung / Einlösung von Rezepten und anderen Formularen

Die meisten Rezepte können als e-Rezept erstellt und mit Ihrer Versichertenkarte in der Apotheke **ab dem Nachmittag des Werktages nach Ihrer Bestellung** eingelöst werden. Ist ein papiergebundenes Rezept erforderlich (z.B. Hilfsmittel, Heilmittel), möchten wir Sie bitten, die Rezepte **ab dem Nachmittag des folgenden Werktags** in der Zeit Mo.- Fr. zwischen 8:00 Uhr und 10:30 Uhr sowie Mo., Di. und Do. zwischen 14:30 Uhr und 18:00 Uhr bei uns abzuholen.

Versichertenkarte

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, legen Sie uns bitte einmal im Quartal Ihre Versichertenkarte vor, damit wir Ihre elektronische Patientenakte führen können. Sofern Sie dem Führen der ePa widersprochen haben, werden nur die **auf** der Karte lesbaren Daten (keine Krankheitsdaten) mit Ihrer Krankenkasse abgeglichen.

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 oder sehr kurzfristig absagen, werden wir Ihnen zukünftig 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). 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 Raum betritt, 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.019400900@i-tm.kim.telematik

Datum:

Unterschrift: