

# AUFNAHMEBOGEN

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Familienstand  ledig  Lebensgemeinschaft  verheiratet  geschieden  verwitwet  mit Kind(ern)  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ | Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon | Mobiltelefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## Beruf

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollten.	Vorname   Nachname	Telefon
Name Ihrer Kranken- oder Privatversicherung		Sind Sie beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Sind Sie zuzahlungsbefreit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		Sind Sie freiwillig versichert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Sofern Sie privat versichert und minderjährig sind: Wer ist der Hauptversicherte?  
Vorname | Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherte(r) der Knappschaft: Sind Sie Mitglied der Gesundheitsnetze „proGesund“ oder „prospert“?  Nein  Ja

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?  Nein  Ja, folgende:

Haben Sie einen Haus- oder Kinderarzt?  Nein  Ja (Wenn ja, notieren Sie bitte Name inkl. Adresse.)

## Liegen chronische Erkrankungen, Risiken oder körperliche Einschränkungen bei Ihnen vor?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Knieprothese	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Hüftprothese	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schulterprothese	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >35)	Größe _____ cm Gewicht _____ kg
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Verengung Wirbelkanal	
<input type="checkbox"/> MRSA - Infektion	<input type="checkbox"/> Schutz gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) besteht.   Wann war die letzte Impfung?			
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) oder sonstige Erkrankungen:				

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja, folgende:

Blutverdünnende Mittel:

Sind Medikamenten-unverträglichkeiten oder Allergien bekannt? (Latex, Heuschnupfen, ...)  
 Nein  Ja, folgende:

Hatten Sie bereits eine oder mehrere Operationen?  
 Nein  
 Ja, nebenstehend

Monat | Jahr | Thema

ich möchte keine Informationen zu neuen Therapieverfahren sowie individuellen Gesundheitsleistungen per E-Mail erhalten.\*  
\* Alle Serviceleistungen sind unverbindlich & jederzeit widerrufbar.

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass meine getätigten Angaben vollständig und korrekt sind.

Ort | Datum

Unterschrift

Bitte wenden. →

# ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat einen besonders hohen Stellenwert für uns.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten, beispielsweise des Namens, der Anschrift, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer einer betroffenen Person, erfolgt stets im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und in Übereinstimmung mit den für uns geltenden landesspezifischen Datenschutzbestimmungen. Ist die Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich und besteht für eine solche Verarbeitung keine gesetzliche Grundlage, holen wir generell eine Einwilligung der betroffenen Person ein. Mittels dieser Datenschutzerklärung informieren wir Sie und die Öffentlichkeit über Art, Umfang und Zweck, der von uns erhobenen, genutzten und verarbeiteten personenbezogenen Daten. Ferner werden betroffene Personen mittels dieser Datenschutzerklärung über die ihnen zustehenden Rechte aufgeklärt.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

1.1 Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer | der personenbezogenen Daten ist:

OGP Orthopädische Gemeinschaftspraxen | Dr. Johannes Brauckmann-Berger | Vertreter: Dr. Frank Stubbe | an den folgenden Standorten:

1. Kurt-Schumacher-Straße 5, 45699 Herten | 2. Kurt-Schumacher-Straße 58, 45699 Herten | 3. Ludwigstraße 6, 45739 Oer-Erkenschwick
  4. Nordstraße 2, 44579 Castrop-Rauxel | 5. Lipper Weg 11 a, 45770 Marl | 6. Unterstraße 91, 44892 Bochum | 7. Südring 18, 44787 Bochum
  8. Ostwall 165, 47798 Krefeld | 9. Schageshofstraße 2, 47877 Willich.
- Telefon: 0 23 66 | 56 40 30 | E-Mail: [office@ogp-nrw.de](mailto:office@ogp-nrw.de)

1.2 Datenschutzbeauftragter | Franz Hübsch | Kurt-Schumacher-Straße 5 | 45699 Herten | Telefon: 0 23 66 | 56 40 30 | E-Mail: [datenschutz@ogp-nrw.de](mailto:datenschutz@ogp-nrw.de)

## 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, einschließlich der entsprechenden Leistungsabrechnungen und Buchhaltungsvorgänge. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen 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) sowie auch wir anderen Ärzten Ihre Gesundheitsdaten übermitteln können. 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

Empfänger der personenbezogenen Daten: Interne Empfänger sind die Mitarbeiter(innen) der OGP an allen Standorten. Externe Empfänger sind:

1. öffentliche Stellen bei Vorliegen vorrangiger Rechtsvorschriften, 2. Träger der gesetzlichen Sozialversicherung, 3. Dienstleister (Artikel 28 DSGVO) und 4. externe Stellen zur Erfüllung der unter Nr. 2 genannten Zwecke. 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 (u.a. PVS Westfalen-Nord GmbH, Lipke & Lipke) 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 berechnete Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer gespeichert, für die sie zur Erfüllung unserer Leistungsverpflichtungen erforderlich sind und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen und behördlichen eingeforderten Aufbewahrungsfristen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel Röntgenbilder bei Behandlungen 30 Jahre (Untersuchung 10 Jahre) und bei nicht volljährigen Patienten bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres gemäß § 85 StrlSchG.

## 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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen | Postfach 20 04 44 | 40102 Düsseldorf  
Telefon: 02 11 | 3 84 24 0 | Fax: 02 11 | 3 84 24 10 | E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Weitere Erläuterungen zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Homepage: [www.ogp-nrw.de](http://www.ogp-nrw.de) in der dort hinterlegten Erklärung zum Datenschutz.

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung: Die Verarbeitung personenbezogener Daten, insbesondere auch von Gesundheitsdaten gem. Artikel 9 Abs. 2 lit. h) der DSGVO, durch uns erfolgt zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich oder aufgrund eines Vertrags der betroffenen Person mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist und diese Daten von ärztlichem Personal oder durch sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, oder unter deren Verantwortung verarbeitet werden (§ 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG), zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, denen eine Anfrage der betroffenen Person(en) zugrunde liegt, sowie, weil sie zur Erfüllung eines Vertrages erforderlich sind (Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO), aufgrund rechtlicher Verpflichtungen, denen wir unterliegen (Art. 6 Abs. 1 c) sowie auch aufgrund einer schriftlichen Einwilligung des Betroffenen zu der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten für einen oder mehrere bestimmte Zwecke gegeben (Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO). Sofern personenbezogene Daten, die zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, zur Erfüllung eines Vertrages oder auch rechtlicher Verpflichtungen, denen wir unterliegen, nicht zur Verarbeitung zur Verfügung gestellt werden, kann dies dazu führen, dass wir unsere Leistungen nicht erbringen können.

**Die vorgenannte Erklärung zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.**

Ort | Datum

Unterschrift