



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Hohenzollernring 70 • 48145 Münster • Tel: 0251/935 246 0 • Fax: 0251/935 246 9
info@schmerztherapie-carre.de • www.schmerztherapie-carre.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Angaben in unseren Fragebögen dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir deshalb bitten, **alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.**

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ihre Fragebogendaten werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verbesserung der Versorgung werden Daten für eine externe Qualitätssicherung herangezogen, dabei werden die Daten pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin mit der Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke einverstanden.

Ort und Datum

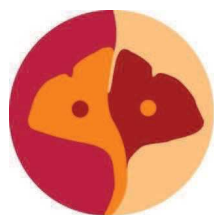
Unterschrift

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin mit der Abspeicherung und der pseudonymisierten Verwendung der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Hohenzollernring 70 • 48145 Münster • Tel: 0251/935 246 0 • Fax: 0251/935 246 9
info@schmerztherapie-carre.de • www.schmerztherapie-carre.de

Praxisfragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

laufendes Rentenverfahren?: Ja Nein

Hausarzt: _____

Name des überweisenden Arztes: _____

Ich war in den letzten 5 Jahren in Behandlung bei folgenden Ärzten:

Orthopäde: _____

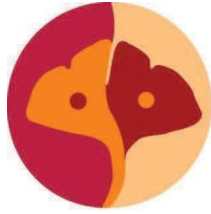
Radiologe: _____

Neurologe: _____

Psychologe: _____

Kardiologe: _____

Sonstige: _____



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Hohenzollernring 70 • 48145 Münster • Tel: 0251/935 246 0 • Fax: 0251/935 246 9
info@schmerztherapie-carre.de • www.schmerztherapie-carre.de

Terminabsprache / Terminabsage

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Behandlung erfolgt ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Wir bitten Sie daher pünktlich zum Termin zu erscheinen.

Sie kommen in Behandlung in einer Praxis, die Einzeltherapien nach dem Bestellsystem durchführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, damit lange Wartezeiten für Sie vermieden werden. Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **spätestens 24 Stunden** vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können. Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen nach §§ 611, 615 BGB die Vergütung nach der jeweils einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt werden. Das gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin schuldhaft nicht wahrgenommen bzw. nicht rechtzeitig abgesagt haben. Im Falle einer Rechnungsstellung sind Sie unabhängig von der Art Ihrer Versicherung verpflichtet, das Ausfallhonorar auch ohne Kostenerstattung durch Ihre Krankenkassen selbst zu zahlen.

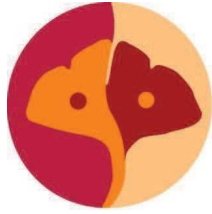
Mit freundlichen Grüßen

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Name des Patienten: _____

Datum/Ort: _____

Unterschrift des Patienten: _____



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Hohenzollernring 70 • 48145 Münster • Tel: 0251/935 246 0 • Fax: 0251/935 246 9
info@schmerztherapie-carre.de • www.schmerztherapie-carre.de

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

Ich, _____
(Vorname, Name)

(Geburtsdatum, Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Überweisenden Arzt zur führenden Dokumentation und weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/Facharzt oder anderen Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

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

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Hohenzollernring 70 • 48145 Münster • Tel: 0251/935 246 0 • Fax: 0251/935 246 9
info@schmerztherapie-carre.de • www.schmerztherapie-carre.de

Einverständniserklärung

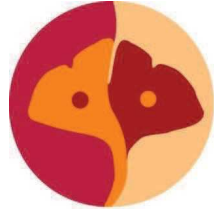
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Foto zur ausschließlichen Verwendung in meiner elektronischen Patientenakte aufgenommen und gespeichert wird.

Ich habe jederzeit das Recht, dieses Einverständnis zurückzunehmen, das Foto wird dann sofort gelöscht.

Name, Vorname: _____

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie

Dr. Barbara Wilm und Ralf Heidlindemann

Hohenzollernring 70 • 48145 Münster • Tel: 0251/935 246 0 • Fax: 0251/935 246 9
info@schmerztherapie-carre.de • www.schmerztherapie-carre.de

Einwilligung zur Datenverarbeitung

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. Kolja Eicker
Praxisname: Praxis für Anästhesiologie, Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie
Adresse: Hohenzollernring 70, 48145 Münster
Kontaktdaten: 0251 / 9352460, info@anaesthesie.nrw

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:
Name: Albrecht Freiesleben
Anschrift: Public Health Consulting, Rosenbergstr. 69, 70176 Stuttgart
Kontaktdaten: 0711 / 414 36 51, office@fphc.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.

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.

Zu den in unseren Praxen tätigen Ärzten, die Zugang zu Ihren Daten erhalten gehören zu diesem Zeitpunkt:

Herr Robert Bonnemann, Herr Ansgar Daniels, Herr Dr. Kolja Eicker, Herr Ralf Heidlindemann, Herr Dr. Thomas Kaulingfrecks, Herr Dr. Ingo Rasing, Herr Dr. Tobias Schmidt, Frau Dr. Barbara Wilm

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 zur Erfüllung der ärztlichen Tätigkeit erforderliche Organisationen (z.B. Gesundheitsamt) sowie privat-ärztliche 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 berechnigte Empfänger.

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 Paragraf 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:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Anschrift: Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 02 11/384 24-0, Telefax: 02 11/384 24-10, poststelle@ldi.nrw.de, <http://www.ldi.nrw.de>

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Pragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

7. Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO gelesen und verstanden habe.

Ich erkläre mich danach mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass ich im Wartebereich und den Behandlungsbereichen mit meinem Namen angesprochen werden darf.

Sollte ich aus Versehen an Informationen über Mitpatienten gelangt sein, so versichere ich, dass ich sie nicht verwenden, sondern umgehend vernichten werde.

Name, Vorname: _____

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____