

# Hausarzt am Messepark

dr. (MU Budapest) Lukas Huber  
Dr.-Emil-Brichta-Str. 1  
94036 Passau  
Tel.: 0851/3793470

---

## Anamnesebogen

bitte Vorder- und Rückseiten beachten!!

Sehr geehrte/r Patient/in,

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um Sie vorab schon etwas besser kennenlernen zu können und einen Überblick über Ihr Gesundheitsbild zu erlangen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen für uns zu beantworten. Vielen Dank!

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Festnetznummer und/oder Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Organspendeausweis vorhanden  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

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

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

Haben Sie eine Bescheinigung zur Rezeptbefreiung  nein  ja – bitte an der Anmeldung vorzeigen!

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

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

# Hausarzt am Messepark

dr. (MU Budapest) Lukas Huber

Dr.-Emil-Brichta-Str. 1

94036 Passau

Tel.: 0851/3793470

**Bitte ankreuzen was bei Ihnen zutreffend ist:**

<b><u>Herz/Kreislauf</u></b> <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> zu hoher oder niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<b><u>Augen</u></b> <input type="checkbox"/> Grüner Starr <input type="checkbox"/> Grauer Starr <input type="checkbox"/> starke Einschränkung der Sehkraft  <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura
<b><u>Blut</u></b> <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> auch bei Blutsverwandten _____ <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> leicht blaue Flecken <input type="checkbox"/> Nachbluten bei OPs	<b><u>Leber</u></b> <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<b><u>Stoffwechsel</u></b> <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<b><u>Nieren</u></b> <input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit <input type="checkbox"/> Nierenentzündung <input type="checkbox"/> Nierensteine
<b><u>Gefäße</u></b> <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Thrombosen <input type="checkbox"/> Krampfadern	<b><u>Magen/Darm</u></b> <input type="checkbox"/> Geschwür <input type="checkbox"/> Engstelle <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit
<b><u>Atemwege/Lunge</u></b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Lungenblähung <input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?	<b><u>Immunschwäche</u></b> <input type="checkbox"/> Einnahme von Cortison <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation <input type="checkbox"/> HIV-Infektion, AIDS
<b><u>Nerven/Gemüt</u></b> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> sonstige Nervenstörungen/Schäden _____	<b><u>Schwangerschaft</u></b> <input type="checkbox"/> Ja – Welche Woche _____ <input type="checkbox"/> Nein

# Hausarzt am Messepark

dr. (MU Budapest) Lukas Huber

Dr.-Emil-Brichta-Str. 1

94036 Passau

Tel.: 0851/3793470

---

Allergien?

---

---

---

---

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

---

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

---

---

---

---

Welche Operationen wurden durchgeführt?

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

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

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

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

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

---

---

---

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung  Zeitung

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?

---

---

---

# Hausarzt am Messepark

dr. (MU Budapest) Lukas Huber  
Dr.-Emil-Brichta-Str. 1  
94036 Passau  
Tel.: 0851/3793470

---

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

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffend Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungsbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungsbringer 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 meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

Die Praxis gab mir die Möglichkeit, mich ausführlich über die neuen datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der DS-GVO zu informieren.

\_\_\_\_\_  
(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.

# Hausarzt am Messepark

dr. (MU Budapest) Lukas Huber  
Dr.-Emil-Brichta-Str. 1  
94036 Passau  
Tel.: 0851/3793470

---

## **Patienteninformationen zum Datenschutz 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 / Datenschutzbeauftragter ist:

Hausarzt am Messepark dr. (MU Budapest) Lukas Huber, Dr.-Emil-Brichta-Str. 1, 94036 Passau. Tel. 0851/3793470, Fax: 0851/379347 – 99, E-Mail: [info@hausarzt-am-messepark.de](mailto:info@hausarzt-am-messepark.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, Therapievorschläge 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.

### **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