

Datenblatt

Dr. med. univ. Andrea Bittmann

Titel: Familienname: Vorname:

Wohnadresse:

PLZ: Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Geb.Datum: Vers. Nr.:

Krankenversicherung: Zusatzversicherung:

Mitversichert bei:

Berufstätig:

Pensionist:in:

Bisheriger Hausarzt:

In Notfällen zu verständigen (Name und Telefonnummer):

Allergien: nein ja: welche:

Blutverdünnung: nein ja: welche:

Wichtige Erkrankungen (letzten 3-5 Jahre):

Wichtige Operationen (letzten 3-5 Jahre):

Bekannte Diagnosen:

Dauermedikation:

Leiden Sie unter:

Diabetes mellitus	nein	ja	Insulin	Tabletten
Bluthochdruck	nein	ja		
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	nein	ja		
Lungenerkrankungen	nein	ja		
Lebererkrankungen	nein	ja		
Nierenerkrankungen	nein	ja		
Infektionskrankheiten	nein	ja		
Tumorerkrankungen	nein	ja		
Psychiatrische Erkrankungen	nein	ja		

Folgendes möchte ich noch gerne mitteilen:

Ja, ich erteile meine ausdrückliche Zustimmung zur Weiterverarbeitung/Speicherung meiner personenbezogenen Daten.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu werden Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten verarbeitet. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Gem. § 51 ÄrzteG sind Aufzeichnungen sowie sonstige der Dokumentation dienliche Unterlagen mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Das Datenblatt bitte in einem verschlossenen Kuvert am Gemeindeamt Aspangberg-St. Peter abgeben.

Ich freue mich Sie bald in meiner Ordination begrüßen zu dürfen!

Dr. Andrea Bittmann & Team