



Patienten-Erhebungsbogen

Formular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Erhebungsbogen sorgfältig aus und kreuzen Sie die richtigen Antworten an. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Handy- bzw. Telefonnummer
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	Name der Krankenkasse / Beihilfeberechtigung
Name, Vorname des Angehörigen (bei minderjährigen Patienten)	Handy- bzw. Telefonnummer	Geburtsdatum

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen deutlich an. ☒

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie zu hohen / niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Bestehen derzeit andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben / hatten Sie eine Erkrankung des Herzens (z.B. Herzfehler, Herzinnenhautentzündung, Herzoperation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Wenn ja, welche? _____			5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben / hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Nehmen Sie ständig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
- Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wurden Sie bereits im Kopf-Hals-Bereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Immunschwäche (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum (ungefähr): _____		
- Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lebererkrankung / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Sind Sie vollständig gegen COVID-19 geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Sind Sie an COVID-19 erkrankt gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? _____		
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Datum

Unterschrift

**Einwilligungserklärung zur Nutzung von Film- und/oder Fotoaufnahmen**

Formular

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Zweck

Das Universitätsklinikum Erlangen möchte die von Ihnen bzw. von Ihrem Kind gefertigten Film- und / oder fotografische(n) Aufnahme(n) zu Zwecken von Wissenschaft, Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Flyern, Homepage-Auftritt), Forschung und Lehre (z.B. Publikationen in Fachzeitschriften oder Büchern, wissenschaftliche Vorträge auf Fachkongressen oder Ausbildung von medizinischen Nachwuchskräften, beispielsweise im Rahmen von Vorlesungen) verwenden. Hierbei werden weitestgehend Merkmale, die zu einer Identifikation führen könnten, unkenntlich gemacht, soweit hierdurch der medizinische Wert der Aufnahme nicht beeinträchtigt wird. Gleichwohl ist es nicht auszuschließen, dass Rückschlüsse auf Ihre Person möglich bleiben. Unter keinen Umständen veröffentlichen wir Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum oder sonstige Informationen, die für die medizinische Beurteilung nicht erforderlich sind.

Erklärung

Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass wir dauerhaft und unentgeltlich die filmischen und / oder fotografischen Aufnahmen für die oben beschriebenen Zwecke verwenden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke sowie eine Veröffentlichung Ihres Namens erfolgt nicht. Wir bitten Sie, die umseitigen Hinweise nach Art. 13 DSGVO zu beachten.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich bei der aufnehmenden Klinik widerrufen werden. Die bis zum Zugang des Widerrufs erfolgte Verwendung bleibt rechtmäßig.

- Ich willige der Verwendung von filmischen und / oder fotografischen Aufnahmen ein.
- Ich willige der Verwendung von filmischen und / oder fotografischen Aufnahmen nicht ein.

- Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten.
- Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einverständniserklärung.

Erlangen, Datum

Unterschrift (bei minderjährigen Patienten der
Sorgeberechtigte)

**Einwilligungserklärung zur Nutzung von Film- und/oder Fotoaufnahmen**

Formular

Information nach Art. 13. DSGVO**Verantwortlicher**

Universitätsklinikum Erlangen
Maximiliansplatz 2
91054 Erlangen

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragter
Krankenhausstr. 12
91054 Erlangen
datenschutz@uk-erlangen.de

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage

Die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere zur Erstellung von gedruckten oder digitalen Werbe- und Informationsmedien (Broschüren, Jahresberichte, Chroniken, Pressemitteilungen, Homepages, Social-Media-Auftritte wie z. B. Facebook, Instagram, Youtube) aufgrund ausdrücklicher Einwilligung des Betroffenen nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO.

Kategorien der Empfänger

Ihre personenbezogenen Daten werden unter Umständen an Redaktionen oder Auftragsdienstleister, wie Mediengestalter und Druckereien, übermittelt.

Übermittlung an Drittstaaten

Eine Übermittlung an Drittstaaten findet nicht statt.

Dauer der Speicherung

Eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten im Universitätsklinikum Erlangen erfolgt, sobald diese für die vorbenannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind.

Betroffenenrechte

Ihnen steht das Recht zu, jederzeit Auskunft zu den gespeicherten und Ihrer Person zuzuordnenden personenbezogenen Daten zu verlangen (Art. 15 DSGVO). Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragung (Art. 20 DSGVO) und Widerspruch (Art. 21 DSGVO).

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt, steht Ihnen das Recht zu, sich bei dem Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Wagnmüllerstraße 18, 80538 München, zu beschweren (Art. 77 DSGVO).



Datenübermittlung zwischen Hausarzt, vor- / mit- / nachbehandelndem Arzt und Krankenhaus

Formular

Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO
i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V, Art. 27 Abs. 5 S. 2 BayKrG

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir angegebenen Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient auch der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die bei meinen Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Insbesondere die Anforderung beim Hausarzt ermöglicht es dem Universitätsklinikum, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus dessen zentraler Dokumentation zu erhalten. Das Universitätsklinikum wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Die Datenübermittlung gilt für:

<input type="checkbox"/> den einweisenden / überweisenden Mund-, Kiefer- und Gesichts- bzw. Oralchirurgen (Name und Anschrift):
<input type="checkbox"/> den Hausarzt (Name und Anschrift):
<input type="checkbox"/> den Hauszahnarzt (Name und Anschrift):
<input type="checkbox"/> weitere Ärzte, z.B. Onkologen, Gynäkologen, Endokrinologen (Name, Fachrichtung und Anschrift):

Allgemeine Hinweise für Einverständniserklärungen
Die vorstehende Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Universitätsklinikum widerrufen werden. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Universitätsklinikum zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Erlangen, den

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten: Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten) oder des Vertreters mit Vertretungsmacht