



**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)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
3. Haben / hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erkrankung des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wurden Sie bereits im Kopf-Hals-Bereich geröntgt? Datum (ungefähr): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Immunschwäche (HIV)	<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"/>
- Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lebererkrankung / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Sind Sie vollständig gegen COVID-19 geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Sind Sie an COVID-19 erkrankt gewesen? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- 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 <b>Mund-, Kiefer- und Gesichts- bzw. Oralchirurgen</b> (Name und Anschrift):
<input type="checkbox"/> den <b>Hausarzt</b> (Name und Anschrift):
<input type="checkbox"/> den <b>Hauszahnarzt</b> (Name und Anschrift):
<input type="checkbox"/> weitere Ärzte, z.B. <b>Onkologen, Gynäkologen, Endokrinologen</b> (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



**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Wahlarzt: Prof. Dr. Dr. M. Kesting)**

Formular

- a) im Rahmen der Abrechnung der Privatbehandlung durch externe Abrechnungsstellen  
gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 7 und Art. 9 Abs. 2a,h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m  
§ 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG und**
- b) bei Nachfragen der privaten Krankenkasse**
- c.) Kostenplanerstellung**

Patientenetikett

Name, Vorname und Anschrift des Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten; ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters)

a.) Weitergabe

Ich erteile hiermit die Einwilligung, dass die zur Abrechnung wesentlichen Daten der durchgeführten wahlärztlichen Leistungen der vom jeweiligen Wahlarzt (hierzu können u.a. auch externe Laborärzte gehören) beauftragte **externe Abrechnungsstelle** (im Fall von Herrn Prof. Dr. Dr. M. Kesting ist dies die Firma unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern-Noswendel) ausschließlich zum Zwecke der Rechnungs- / Kostenplanerstellung und Einziehung der ärztlichen Honorarforderung zur Verfügung gestellt werden. Insoweit erkläre ich die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle selbst unterliegen ebenso der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes, auch nach der Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses.

Zu den wesentlichen Daten gehören beispielsweise Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ / GOZ) und dazugehörige Diagnosen. Es handelt sich dabei um Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO.

Eine Liste der externen Abrechnungsstellen erhalten Sie in der Anlage.

Sie haben das Recht, bei der jeweiligen externen Abrechnungsstelle Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen.

Ich stimme hiermit der Weitergabe zu:

 Ja Nein

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Wahlarzt: Prof. Dr. Dr. M. Kesting)**

Formular

b) und c.) Nachfrage / Kostenplanerstellung

Hiermit erteile ich die Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Erlangen auf **Anfrage meiner privaten Krankenkasse** zur Abrechnung und zur Kostenplanerstellung der Behandlung Auskünfte erteilt. Insoweit erkläre ich die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

 Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen, auch einzeln, **mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** kann. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung / Auskunftserteilung zwischen der Abrechnungsstelle / privaten Krankenkasse und dem Universitätsklinikum statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. 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 der Sorgeberechtigten) oder des Vertreters mit Vertretungsmacht\* (dessen Name und Wohnort sind zu vermerken)