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 des Patienten	Vorname des Patienten	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	Handy- bzw. Telefonnummer
☐ **gesetzlich Versichert**	☐ **privat Versichert**	☐ **stationäre Zusatzversicherung**
Name der Versicherung:	Name der Versicherung:	Name der Versicherung:

Versichertenstatus

Größe in cm/Gewicht

Name, Vorname des Angehörigen (bei minderjährigen Patienten)	Handy- bzw. Telefonnummer	Geburtsdatum

Hausarzt:

Hauszahnarzt:

Fachärzte: (z. B. Onkologen, Urologen, Kardiologen)

Ggf. überweisender Fachbereich im Klinikum:

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen deutlich an. ☒

Haben sie Vorerkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankung) Wenn ja, welche?	**ja** ☐	**nein** ☐
Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (HIV, HEP, MRSA, MRGN, etc.) Wenn ja, welche?	**ja** ☐	**nein** ☐
Nehmen Sie Medikamente ein? (z. B. Infusionen/Bisphosphonate/Blutverdünner) Wenn ja, welche?	**ja** ☐	**nein** ☐
Haben sie Allergien, Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (Allergiepass vorhanden?) Wenn ja, welche?	**ja** ☐ **ja** ☐	**nein** ☐ **nein** ☐
Haten sie in der in der Vergangenheit Operationen in Teil-/Vollnarkose? Wenn ja, welche?	**ja** ☐	**nein** ☐
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	**ja** ☐	**nein** ☐
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel?	**ja** ☐	**nein** ☐
Nehmen Sie Drogen oder haben Sie jemals Drogen genommen? Wenn ja, welche?	**ja** ☐	**nein** ☐
Wurden bei Ihnen kürzlich relevante radiologische Aufnahmen durchgeführt? (z. B. Röntgenaufnahmen, DVT, CT, MRT)	**ja** ☐	**nein** ☐
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Schwangerschaftsmonat?	**ja** ☐	**nein** ☐

Datum **Unterschrift**

Kenn-Nr.: 3419 Version: 006 Freigabedatum: 21.03.2025

Uniklinikum Erlangen

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)

Kenn-Nr.: 3330 Version: 007 Freigabedatum: 24.09.2022

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, Wagmüllerstraße 18, 80538 München, zu beschweren (Art. 77 DSGVO).

Kenn-Nr.: 3330 Version: 007 Freigabedatum: 24.09.2022

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 _____

Haben Sie derzeit eine stationäre Zusatzversicherung (Chefarztbehandlung): Ja ☐ Nein ☐

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:

☐ den einweisenden / überweisenden **Mund-, Kiefer- und Gesichts- bzw. Oralchirurgen** (Name und Anschrift):
☐ den **Hausarzt** (Name und Anschrift):
☐ den **Hauszahnarzt** (Name und Anschrift):
☐ 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 _____

Kenn-Nr.: 3328 Version: 003 Freigabedatum: 29.10.2023

Vereinbarung zur ambulanten privatärztlichen Behandlung

Formular

Name, Vorname des Patienten[1]

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ Wohnort

Krankenkasse

- Patientenetikett -

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

und dem Universitätsklinikum Erlangen, in der von Herrn Prof. Dr. Dr. M. Kesting geführten **Privatambulanz** der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgischen Klinik (Glückstraße 11, 91054 Erlangen).

1. Der o.g. Patient[1] wünscht eine **privatärztliche Behandlung.**
2. Sollten im Rahmen der Behandlung **weitere Wahlärzte** hinzugezogen werden, erfolgt auch hier eine private Abrechnung.
3. Die Behandlung erfolgt durch Ärzte des Krankenhauses. Eine Delegation an nichtärztliches Personal ist möglich.
4. Die Abrechnung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Zahnärzte (GOZ). Der/Die Vertragspartner wurde/n auch darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit besteht, an der Anmeldung Einblick in die Gebührenordnung für Ärzte / Zahnärzte zu nehmen und hierzu Fragen zu stellen.
5. Insgesamt kann die Behandlung eine **nicht unerhebliche finanzielle Belastung** bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe, etc. diese Kosten deckt.
6. Die Rechnung wird nach der amtlichen Gebührenordnung erstellt und ist unabhängig von einer (vollständigen) Erstattung seitens des Kostenträgers lt. § 12 GOÄ / § 10 GOZ sofort zahlbar.
7. Der / Die Vertragspartner werden darauf hingewiesen, dass bei Versicherungsschutz über Basis-bzw. Standardtarif die Verpflichtung der Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Ausweises über den Versicherungsschutz im Basistarif besteht.

Erlangen, den _____

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten der Sorgeberechtigten) oder des Vertreters mit Vertretungsmacht* (dessen Name und Wohnort sind zu vermerken)

*Vertreter mit Vertretungsmacht:

Name, Vorname

Wohnort (Straße, Ort)

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Kenn-Nr.: 3411 Version: 004 Freigabedatum: 13.05.2024

Uniklinikum Erlangen

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

Patientenetikett

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

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 Rechnungserstellung und Einziehung der ärztlichen Honorarforderung zur Verfügung gestellt werden. Insoweit erkläre ich die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeitenden 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 hängt in unserem Wartebereich aus.

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

Kenn-Nr.: 3404 Version: 004 Freigabedatum: 13.05.2024

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

Formular

b) Nachfrage

Hiermit erteile ich die Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Erlangen auf **Anfrage meiner privaten Krankenkasse** zur Abrechnung 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)

*Vertreter mit Vertretungsmacht:

Name, Vorname

Wohnort (Straße, Ort)

Kenn-Nr.: 3404 Version: 004 Freigabedatum: 13.05.2024