



# Praxis-Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns um Ihre Beschwerden/individuellen Bedürfnisse kümmern können, benötigen wir im Vorfeld noch einige Angaben. Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## Angaben zur Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Telefon privat+mobil: \_\_\_\_\_

**E-Mail/Telefax:** \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Versicherung \_\_\_\_\_

Ich bin (bitte kreuzen Sie an):

- gesetzlich Pflichtversichert
- gesetzlich freiwillig versichert
- beihilfeberechtigt privat
- voll privat versichert

## Mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Weitere Fachkollegen: \_\_\_\_\_

- Bestehen ALLERGIEN/Unverträglichkeiten?**

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

**Bitte tragen Sie hier Ihre Größe und Ihr aktuelles Gewicht ein:** \_\_\_\_\_

# Fragebogen über das soziale Umfeld

Onkologische Schwerpunkt-Praxis

Dr. med. David Bórquez  
Dr. med. Gabriele Becker  
Herr Gholam-Reza Farrokh  
Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie,  
internistische Onkologie und Palliativmedizin

Sehr geehrte Patienten,

damit wir Sie rundum bestmöglich betreuen können, interessieren wir uns auch für Ihre Lebensumstände.

In diesem Fragebogen bitten wir Sie um möglichst ehrliche Angaben, jedoch sind alle Angaben freiwillig.

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre      **Geschlecht:** weiblich  männlich

**Familienstand:**  ledig     verheiratet     feste Partnerschaft     geschieden     verwitwet

**Lebensform:**  allein lebend                       Partnerschaft mit Kindern  
 Partnerschaft ohne Kinder     ohne Partner mit Kindern     Wohngemeinschaft  
 mit Eltern lebend

Kinderanzahl: \_\_\_\_\_

**Ihr höchster Bildungsabschluss:**

- 1  Keinen Schulabschluss
- 2  Hauptschule / Volksschule
- 3  Mittlere Reife / Realschule
- 4  Fachhochschulreife
- 5  Abitur / Allg. Hochschulreife
- 6  Akademischer Abschluss
- 7  Berufsschule / Berufsfachschule
- 8  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Mein erlernter Beruf ist / heißt:** \_\_\_\_\_

**Meine letzte bzw. meine jetzige berufliche Tätigkeit heißt oder ist:**

\_\_\_\_\_

Meine jetzige/ letzte berufliche Tätigkeit üb(t)e ich aus von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahr

Branche der Firma: \_\_\_\_\_

Wieviel Stunden arbeiten / arbeiteten Sie pro Woche? \_\_\_\_\_

Wie lange arbeite(te)n Sie in der Firma? \_\_\_\_\_ Jahre

Ich kann seit \_\_\_\_\_ **Monaten** nicht mehr meinem Beruf nachgehen.

**Grund:** \_\_\_\_\_



**Haben Sie Haustiere ? Wenn ja, welche ?**

---

**Haben Sie bereits eine Pflegestufe? Wenn ja, welche?**

---

**Werden Sie von einem Pflegedienst betreut? Wenn ja, teilen Sie uns den Namen mit:**

---

**Müssen Sie jemanden Pflegen oder haben Sie noch schulpflichtige Kinder?**

---

**Haben Sie einen Ansprechpartner oder eine Person mit der Sie sich eng verbunden fühlen?**

---

**Haben Sie Angehörige, welche Ihnen für Ihre Versorgung/Pflege zur Verfügung stehen und Sie unterstützen?**

---

**Wie sind diese Angehörigen zeitlich und örtlich verfügbar? Wie weit wohnen Sie von Ihnen entfernt?**

---

**Wie können wir diese Person oder ihren Ansprechpartner im Notfall erreichen ?**

**Festnetz :** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein Hobby oder gehen Sie einer Freizeitbeschäftigung nach? Wenn ja, welche?**

---

**Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen möchten, oder wichtige Fragen in Bezug auf ihr soziales Umfeld ?**

---

---

---

---

---

***Vielen Dank für ihre Mitarbeit***

# 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 ist: Dr. med. David Bórquez

Praxisname: Onkologische Gemeinschaftspraxis Dr. med. David Bórquez, Dr. med. Gabriele Becker, Herr Gholam-Reza Farrokh

Adresse: Ferrenbergstr. 24, 51465 Bergisch Gladbach

Kontaktdaten: 02202-96969-0, praxis@onkologie-gl.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, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche 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 berechnigte 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 Paragraf 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:

Name: Helga Block

Anschrift: Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 02 11/384 24-0

## **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam