



## Anamnesebogen und Einwilligungserklärung (Datenübermittlung bei Corona-Abstrichen)

Name

Vorname

Geb.Datum

Telefon (tagsüber)

E-mail Adresse (privat)

Versicherung

gesetzliche Krankenkasse

privat versichert

### Grund des Abstrichs

<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testwunsch ohne Symptome	<input type="checkbox"/> Meldung in Warn-App
<input type="checkbox"/> Reiserückkehrer	<input type="checkbox"/> Reihentestung (Schule, Arbeit etc)	<input type="checkbox"/> Testung durch Gesundheitsamt

### Symptome in den letzten 48 Stunden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

ja

nein

Husten

Schnupfen

Halsschmerzen

Fieber über 38°C

Riechverlust

Kontakt zu Infizierten

### Einwilligung in die Datenübermittlung

Bei Wunsch benachrichtigen wir Sie per verschlüsselter Email über das Ergebnis. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung in die digitale Datenübermittlung.

Ich willige hiermit in die elektronische Übermittlung meines Corona-Abstrich Ergebnisses ein.

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Rahmen der Bürgertestung (gültig seit 8. März 2021) diese Woche noch keinen CoVid-Schnelltest erhalten habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pat/Erziehungsberechtigte(r)



## **Patienteninformation** **(Kontaktdaten und Datenschutz)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

- Privat versichert  
 Gesetzlich versichert

## **Datenschutzinformation gem. Art. 12 Datenschutz-Grundverordnung:**

### **Ich bin damit einverstanden,**

dass in der Praxis HNOmedic GbR, Fachärzt:innen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
(Verwaltung: Institutstr. 14, 81241 München)

meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- den überweisenden Ärzt:in
- den Hausärzt:in
- das Labor Becker & Kollegen MVZ GbR, Führichstr. 70, 81671 München
- das Labor Dr. Fooke-Achterrath Laboratorien GmbH, Habichtweg 16, 41468 Neuss
- die Praxisbuchhaltung Contiss GmbH, Sonnenstr. 9, 80331 München
- die Auftragsdatenverarbeiter der Praxis: zollsoft GmbH, Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena (Software), Herr Oliver Heinen, Rosenstr. 10, 86567 Hilgertshausen (Infrastruktur)

auch per Fax weitergeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patient:in (z.B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patient:in
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.



Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzt:innen/Therapeut:innen genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in oder Sorgeberechtigte/r

### **Information und Widerrufbarkeit gem. Art 13 Datenschutz-Grundverordnung**

#### **Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass**

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden,
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- mit der Folge, dass z.B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann,
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen,
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

#### **Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf schriftlich zu richten an:**

HNOmedic GbR, vertreten durch die Dres. med. Marc Unkelbach, Maria Anhalt, Margot Hilbert, Karin Simeria, Mai-Ly Tran-Tien, Fachärzt:innen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Institutstraße 14, 81241 München, Telefon: 089 88 62 33, Email: kontakt@hnomedic.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Weitergehende Informationen erhalte ich auf der Webseite der HNOmedic unter [www.hnomedic.de/datenschutz](http://www.hnomedic.de/datenschutz)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in oder Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum