



Dr. med. Tobias Harnoß
Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie,
spezielle Unfallchirurgie, manuelle Medizin

Dr. med. Philipp Rapp
Facharzt für Chirurgie, Handchirurgie,
Plastische und Ästhetische Chirurgie

Tel.: 0831 / 522 965 0
Fax: 0831 / 520 978 3
E-Mail: mvz-cpk-ke@klinikverbund-allgaeu.de
Web: mvz-fachpraxenverbund-allgaeu.de

MVZ Immenstadt Allgäu GmbH
Immenstädter Str. 77b
87435 Kempten

Wichtiger Hinweis und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung an und durch Dritte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
im Rahmen des von Ihnen bzw. des zu Ihren Gunsten abgeschlossenen Behandlungsvertrages können Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, Labore bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden.

Weitere Hinweise sowie Ihre Rechte als Betroffener entnehmen Sie bitte den „**Informationspflichten gegenüber Patienten im MVZ Immenstadt Allgäu GmbH**“, die Sie in der Anmeldung einsehen können.

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit **externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren** zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese als Auftragsverarbeiter zum Zwecke der Erbringung der vorgesehenen Dienstleistung verarbeiten. Eine Übersicht über die derzeit tätigen externen Unternehmen und die vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte dem **Aufklärungsblatt**, welches Sie in der Anmeldung einsehen können. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Die Daten werden dort so lange aufbewahrt wie es für die Erbringung der Leistungen oder aus Dokumentationsgründen erforderlich ist und werden im Anschluss – soweit möglich – gelöscht. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht.

Haben Sie Bedenken gegen diese Übermittlung, sprechen Sie uns an. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie im Aufklärungsblatt oder von unserem Personal.

Einverständnis zum Datenaustausch / Datenübermittlung zwischen Ärzten der MVZ Immenstadt Allgäu GmbH und dem Hausarzt sowie anderen Ärzten und Einrichtungen (Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO)

- Ich bin damit einverstanden, dass die MVZ Immenstadt Allgäu GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt**. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Mein Hausarzt:

(Name, Vorname, Anschrift)

- Ferner bin ich damit einverstanden, dass die MVZ Immenstadt Allgäu GmbH **die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann**. Diese Anforderung ermöglicht es der MVZ Immenstadt Allgäu GmbH die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation meines Hausarztes zu erhalten. Die MVZ Immenstadt Allgäu GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.
- Außerdem willige ich ein, dass die MVZ Immenstadt Allgäu GmbH **meine Behandlungsdaten und -befunde an vor-, nach-, weiterbehandelnde/n sonstige/n Arzt/Ärzte bzw. an andere Einrichtungen zum Zwecke der (Weiter)behandlung übermittelt**. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte der MVZ Immenstadt Allgäu GmbH insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Weiterhin willige ich ein, dass die MVZ Immenstadt Allgäu GmbH **meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von den in der Einverständniserklärung angegebenen Ärzten bzw. anderen Einrichtungen anfordern kann**, sofern das für meine Behandlung erforderlich ist. Ich entbinde meine/n vorbehandelnden Ärztin/Arzt/ Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch meiner Daten mit folgenden Ärzten / Einrichtungen erfolgt:

(Vorbehandler) _____
(Name, Vorname, Anschrift)

(Nachbehandler) _____
(Name, Vorname, Anschrift)

(sonstiger Behandler) _____
(Name, Vorname, Anschrift)

(Einrichtung) _____
(Name, Vorname, Anschrift)

Bei Nichteinwilligung kann die Behandlung ggf. erheblich erschwert werden.

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen gegenüber der MVZ Immenstadt Allgäu GmbH widerrufen werden. Wir weisen darauf hin, dass Ihr Widerruf erst ab dem Zeitpunkt, zu dem uns dieser zugeht gilt. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift des **Patienten** / des **Vertreters** mit Vertretungsmacht / des oder der **Sorgeberechtigten**

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht (Name, Anschrift in Druckbuchstaben)

MVZ Immenstadt Allgäu GmbH, Im Stillen 2 - 4 ½, 87509 Immenstadt | **Ärztlicher Leiter:** PD Dr. med. Katja Wagner
Geschäftsführer: Dr. med. Karsten Menzel, Dr. med. Herbert Mayer, Simone Lam, Andreas Ruland | **Sitz:** Immenstadt **Amtsgericht:** Kempten,
HRB: 9209, St.Nr.: 127/132/90171 | **Zulassung:** durch die KVB München, BSNR 700706000 **Sparkasse Allgäu:** IBAN: DE54 7335 0000 0610 7895
88, BIC: BYLADEM1ALG

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtigte hiermit

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Heil- und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.
Dem/der Bevollmächtigte/n soll umfassend Auskunft über mein Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.
Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigte/n entbunden

Kempton, den _____
Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.

Anamnesebogen

Leiden sie an einer der folgenden Erkrankungen bzw. trifft einer der Punkte auf sie zu?

<u>Erkrankungen:</u>	JA	Nein
Herzinfarkt		
Bluthochdruck		
Schlaganfall		
Atemwegserkrankung		
Diabetes mellitus Typ I/ Typ II		
Anfallsleiden (Epilepsie o. ähnliches)		
Tumorerkrankung (Karzinom)		
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)		
Lebererkrankung (z.B. Leberzirrhose)		
Nierenerkrankungen		
Augenerkrankungen		
Rheumaerkrankung		
Blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Xarelto,...)		
Schlafapnoe		
Multiresistente Keime („Krankenhauskeime“) vorbekannt		
Schwangerschaft		
Rauchen		
Allergien		
Sonstige Erkrankungen		

Bei „JA“ hier nähere Erläuterung (ggf. Rückseite)

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (z. B. Blutverdünnung), ggf. Medikamentenblatt

.....

.....

E-Mail Adresse:.....

Telefonnummer:

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Risikoaufklärung orthopädische/chirurgische Interventionen

Liebe Patientin, lieber Patient,

basierend auf unserer Ausbildung und dem aktuellen Stand der Wissenschaft, informieren wir Sie darüber, welche Therapieoptionen für Sie einen Nutzen versprechen. Auf dieser Grundlage können Sie dann entscheiden, welcher vorgeschlagenen Behandlung Sie sich unterziehen wollen.

Infiltrationen

In der Orthopädie/Chirurgie werden viele Beschwerden im Inneren der Gelenke, an Sehnen, Bändern und Gelenkkapseln behandelt. Um eine schnelle Wiederherstellung der Funktion und Befreiung von den Schmerzen zu erreichen, ist oft die Gabe eines Medikamentes über eine Spritze an den Zielort der Beschwerden sinnvoll. Hierdurch erhöht sich das Risiko einer eitrigen Entzündung trotz sorgfältigen sterilen Vorgehens nach dem geltenden medizinischen Hygienestandard auf 1: 35.000. Insbesondere bei Injektionen in Gelenke oder an die Wirbelsäule können – wenn auch in seltenen Fällen – schwerwiegende Folgen bis hin zur Gebrauchsunfähigkeit des Gelenkes oder anhaltenden Nervenlähmungen entstehen.

Akupunktur

Die Akupunkturbehandlung ist eine risikoarme Behandlungsmethode. In seltenen Fällen kann es zu einer Verletzung kleiner Blutgefäße und zu einem Bluterguss an der Einstichstelle kommen. Akupunktur kann „überschießende“ Reaktionen auslösen, z.B. Ermüdung und übermäßige Entspannung. Dies kann eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit zur Folge haben. Durch das Einbringen der Nadeln kann es zu einer lokalen Entzündungsreaktion kommen. In Einzelfällen wurde beschrieben, dass innere Organe (z.B. Lunge mit Ausbildung eines sogenannten Pneumothorax) verletzt wurden. In Ausnahmefällen kann es geschehen, dass nach der Akupunktur versehentlich eine Nadel verbleibt. Einen wesentlichen Schaden kann diese aber sicherlich nicht anrichten.

Wenn sie eine der oben genannten Behandlungen ablehnen, werden wir eine andere Behandlung mit deren Risiken abwägen und mit ihnen absprechen.

- Ich habe die Informationen gelesen und verstanden.
- Ich habe keine weiteren Fragen

Einwilligung:

- Ich willige in die obigen Therapien ein

Ablehnung:

- Ich lehne die obigen Therapien ab

Kempton, den $\text{\$}{\#dat}$

Unterschrift: _____

Bitte den Kugelschreiber wieder abgeben. Danke!!!