



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte lassen Sie sich vom folgenden Fragebogen nicht abschrecken!

Im Kassenordinationsbetrieb kann es manchmal schwierig sein, die Zeit zu finden, um alle für Ihre Behandlung wichtigen Informationen im Gespräch allein vollständig erheben zu können. Die nachfolgenden Fragen sollen deshalb dabei helfen, die für Ihre bestmögliche Behandlung wichtigen Informationen umfassender und zielsicherer zu gewinnen. Desto vollständiger Sie die nachfolgenden Fragen beantworten können, desto besser helfen Sie uns also Ihre Behandlung speziell auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abzustimmen. Sollten Sie aber bei einer Frage unsicher sein, tragen Sie an der entsprechenden Stelle bitte einfach ein Fragezeichen ein und wir werden diese Bereiche im persönlichen Gespräch später abklären. Selbstverständlich gilt für diesen Fragebogen, wie auch für alle anderen von Ihnen noch später erhobenen Informationen, die ärztliche Schweigepflicht.

Name: _____ Geb. Datum: _____

1. Vorbehandlungen wegen psychischer Probleme:

Bitte geben Sie möglichst dazu an, ob es sich um psychiatrisch-medikamentöse (PS) oder Gespräche /psychotherapeutische (PT) Hilfe handelt/gehandelt hat, sowie möglichst über welchen Zeitraum und wo/bei wem die Behandlung stattfand/stattfindet

Stationäre psychiatrische Aufenthalte: Nein / Ja: Anzahl: _____ Zuletzt: _____

2. Nehmen Sie derzeit regelmäßig oder bedarfsweise Medikamente?

Wenn ja, bitte geben Sie möglichst an, wie diese heißen, wann diese genommen werden und in welcher Dosis sowie, falls erinnerlich, auch etwa seit wann Sie diese nehmen (Monat/Jahr).

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Seit (M/J)

3. Haben Sie früher (andere) Medikamente wegen psychischer Probleme eingenommen?

Wenn ja, bitte geben Sie an, wie diese heißen und, falls erinnerlich, in welcher Dosis sowie auch, von wann bis wann Sie diese genommen hatten.



4. Bei welchen der folgenden Beschwerden, Bedürfnissen, Verhaltensweisen oder Erlebnissen haben sie Probleme?

- Kraftlosigkeit, Abgeschlagenheit Freud- und Lustlosigkeit Traurige Verstimmung Ängste
 Innere Unruhe Quälende Emotionen und Gefühle Quälende Gedanken Quälende Erinnerungen
 Gedächtnis-/Konzentrationsstörungen Entscheidungsfindung Psychotische Episode
 Schlaf und Träumen Essen und Ernährung Schwindel Schwitzen Atembeschwerden
 Herzbeschwerden Magen-/Darmbeschwerden Probleme mit der Ausscheidung Sexualität
 Chronische Schmerzen
 Substanzkonsum/-missbrauch Glücksspiel Einkaufen intensiver Sport Handy, Computer, Online-Zeiten
 Kontrollverlust Tics Waschen, Putzen, Sauberkeit Kontrollieren, Zählen, Ordnen Sammeln und Horten.
 Unverstanden sein Wutausbrüche und Aggressionen Selbstverletzungen Körper, Aussehen und Figur.
 Mobbing/Bossing Gewalterfahrung Verlusterfahrung Missbrauchserfahrung Migrations- oder Fluchterfahrung Traumatisierung

Sonstige wesentliche Beschwerden: _____

5. Konsumieren Sie regelmäßig oder phasenhaft nicht verschriebene Medikamente, Drogen oder andere Substanzen?

- Cannabis Kokain Heroin, Opiate Amphetamine, Metamphetamin Beruhigungs- und Schlafmittel Halluzinogene Ecstasy (MDMA) Schmerztabletten Hormone
- Alkohol: _____ (was, wieviel, wie oft) Raucher: _____ (was, wieviel, wie oft)
- Anderes: _____

6. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen):

- Bluthochdruck Thrombose Herzerkrankung Schlaganfall Diabetes und Stoffwechsel
 Lebererkrankung Nierenerkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Darmerkrankung
 Lungenerkrankung Epileptische Anfälle Glaukom (Grüner Star) Blutungsneigung
 Hauterkrankungen Krebserkrankungen HIV oder Syphilis (Lues)
- Anderes: _____

7. Nur für Patientinnen:

- Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie? Nein Ja
Verwenden Sie eine Verhütungsmethode? Nein Ja, _____
Hatten sie während oder insbesondere nach früheren Schwangerschaften jemals psychische Beschwerden oder Probleme? Nein Ja
Haben sie einen aktuellen oder absehbaren Kinderwunsch? Nein Ja

Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, dass in wichtigen Fragen unvollständige oder grob falsche Angaben auch eine Fehlbehandlung nach sich ziehen können. Wir ersuchen Sie daher, uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Datum und Unterschrift zu bestätigen.

Datum: _____

Unterschrift: _____



LEBENSSTIL UND PSYCHOSOZIALE ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte lassen Sie im folgenden Fragebogen einfach alle Fragen oder Teile aus, die sie nicht beantworten wollen. Sie können selbstverständlich auch den gesamten Fragebogen unbeantwortet lassen.

Die folgenden Informationen können uns gegebenenfalls aber helfen, unser Verständnis für Ihre Situation zu verbessern und die Behandlung besser für Sie abzustimmen, wenn Sie uns diese mitteilen wollen.

Name: _____ Geb. Datum: _____

1. Wohnsituation:

Allein Mit Partner Kinder: __ Wohngemeinschaft/Pers.: _____ Weitere: _____

Wohnheim/Wohneinrichtung: _____ Betreuung: _____

Qm2 Wohnfl.: _____ Hauptmiete/Eigentum/sicheres Wohnrecht Untermiete/Kein sicheres Wohnrecht

Eign. Zimmer Nein Ja: _____ Qm2

2. Ausbildung und Beruf:

Ausbildungsabschluss: Pflichtschule Hauptschule Gymnasium (Kl.____) Matura/Abitur

Lehrberuf _____ Lehrabschluss _____

Bacc. _____ MA/Mag. _____ PhD/Dr. _____ Sonst: _____

Berufstätigkeit: Angestellte/r Arbeiter/in Selbstständig/e Pensionist/in

Tätigkeit/Aufgabe: _____

AMS BU-Pension/Rehageld bis: _____ Krankenstand >3 Monate in verg- 12 Monaten

3. Finanzielle Anamnese:

Zufriedenstellend Hinreichend abgesichert Eher prekär Bedrohlich eng Finanz. Überfordert

Schulden/Kredite geregelt ungeregelt Finanzielle Verpflichtungen erfüllt nicht erfüllt

4. Partnerschaft, Familie, Sozialleben:

Familienstand: _____

Dauer der Beziehung: _____

Anzahl Beziehungen: _____ Längste Beziehung: _____ Monate/Jahre

Kinder: ♀ / ♂ , geb.J. _____, ♀ / ♂ , geb.J. _____, ♀ / ♂ , geb.J. _____,

♀ / ♂ , geb.J. _____, ♀ / ♂ , geb.J. _____, ♀ / ♂ , geb.J. _____,

Kinderobsorge: _____

Familäre Beziehungen: _____

Soziale Einbettung: Zufriedenstellend Wenige, enge Beziehungen Etwas isoliert Vereinsamt



5. Ernährung:

Normale Mischkost Gesunde Mischkost Vegetarisch Vegan

Andere besondere Ernährung: _____

Tageskalorien (ca.) _____ Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ Kg

6. Sport und Bewegung:

Kein Sport

_____ Trainingseinheiten/Woche: _____ Trainingsminuten/Woche: _____

_____ Trainingseinheiten/Woche: _____ Trainingsminuten/Woche: _____

7. Hobbies, Interessen:

Keine Hobbies/Interessen

_____, Stunden/Woche: _____

_____, Stunden/Woche: _____

_____, Stunden/Woche: _____

8. Familienanamnese:

Psychische Erkrankungen in der nahen Familie:

Keine psychischen Erkrankungen in der Familie bekannt

9. Probleme in Zusammenhang mit Geschlecht oder Sexualität: Ja / Nein

10. Forensische Anamnese:

Haftstrafen, Bewährungsstrafen, Laufende Gerichtsverfahren, privat, behördlich und strafrechtlich:

Datum: _____

Unterschrift: _____



Informationsblatt ELGA

1. Was ist ELGA?

Die Elektronische Gesundheitsakte (abgekürzt: ELGA) soll Ihre wichtigen Gesundheitsdaten elektronisch zusammenführen und abrufbar machen und damit Ihnen und Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten den Umgang mit diesen erleichtern.

2. Welche Daten enthält ELGA derzeit?

Derzeit werden die Entlassungsbriefe von Spitälern des Krankenanstaltsverbundes und die Verschreibungen von niedergelassenen Kassenärzten in ELGA erfasst. Als niedergelassene kassenärztliche Ordination werden daher von uns seit 8.8.2019 nur die von uns verschriebenen Medikamente an ELGA übermittelt. Diagnosen, Schreiben, oder jedwede andere von uns erhobene und verarbeitete Daten werden aktuell nicht übermittelt.

3. Welche Daten werden in ELGA aufgenommen?

1. e-Befund: Entlassungsschreiben von öffentlichen und privaten Spitälern sowie Radiologie und Laborbefunde. e-Befunde werden von uns derzeit nicht eingesehen.
2. e-Impfpass: Impfungen, die von ÄrztInnen, Apotheken und Impfzentren durchgeführt wurden, werden seit 2021 in den e-Impfpass gespeichert. Eine Abmeldung vom e-Impfpass ist nicht möglich.
3. e-Medikation: Von ÄrztInnen verordnete und in Apotheken abgegebene Medikamente. Auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente können erfasst werden. In unserer Ordination wird derzeit nur die e-Medikation übermittelt. e-Medikation und das neue e-Rezept sind aber voneinander unabhängig und haben nichts miteinander zu tun.

4. Kann ich meine in ELGA enthaltenen Daten einsehen?

Über das Gesundheitsportal www.gesundheit.gv.at können Sie auf Ihre persönliche ELGA zugreifen. Für den Log-in benötigen Sie entweder Handysignatur oder Bürgerkarte. Diese können Sie wiederum unter www.buergerkarte.at aktivieren.

5. Was kann ich mit meinen in ELGA enthaltenen Daten machen?

Sie können hier ihre verschriebenen und abgegebenen Medikamente einsehen und die Liste ausdrucken oder abspeichern. Sie können auch Ihre gesamte e-Medikationsliste löschen, aber nicht einzelne Einträge.

6. Wer kann auf ELGA zugreifen?

Der Zugriff auf ELGA ist nur nach Stecken Ihrer e-card möglich. Wenn und wo diese gesteckt wurde, können die jeweiligen ÄrztInnen, Apotheken oder Spitäler für die folgenden vier Wochen die Daten einsehen.

7. Kann ich die Teilnahme an ELGA verweigern?

Sie können sich von ELGA insgesamt oder auch von einzelnen ELGA-Bestandteilen abmelden. Das benötigte Formular kann entweder über die ELGA Serviceline telefonisch oder schriftlich angefordert oder am Gesundheitsportal online ausgefüllt werden. Das ausgefüllte und eigenhändig unterschriebene Formular muss gemeinsam mit einer Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises postalisch oder per E-Mail an die ELGA-Widerspruchsstelle geschickt werden. Per E-Mail gesendete Formulare müssen mit einer elektronischen Signatur versehen sein. Außerdem gibt es auch die Möglichkeit eines „Situativen opt-out“.



8. Was ist das „Situative opt-out“?

Sie sind grundsätzlich berechtigt der Übermittlung von Daten an ELGA (also derzeit Spitalsbefunde und von niedergelassenen Ärzten verschriebene Medikamente), einschließlich einzelner Medikationsdaten, für einen Behandlungs- oder Betreuungsfall zu widersprechen. Für Ihre Behandlung in unserer Ordination bedeutet das, dass wir Sie bitten uns durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:

- Ob Sie grundsätzlich alle von uns verschriebenen Medikamente an ELGA übermitteln lassen wollen.
- Ob Sie grundsätzlich keine von uns verschriebenen Medikamente an ELGA übermitteln lassen wollen.
- Oder ob Sie für jedes für die aktuelle Diagnose von uns verschriebene Medikament erneut gefragt werden wollen. In diesem Fall werden wir Sie bei der ersten Verschreibung eines Wirkstoffes unter einer bestimmten Diagnose aktiv fragen, ob Sie die Übermittlung wünschen. Bei Folgeverschreibungen desselben Wirkstoffes, auch bei geänderter Dosierung, oder bei Verschreibung desselben Wirkstoffes von einem anderen Hersteller, werden wir uns aus organisatorischen Gründen dann ohne erneute aktive Nachfrage an Ihre erste Entscheidung für diesen Wirkstoff halten.

Selbstverständlich können Sie in allen Fällen durch einfache Mitteilung Ihre Entscheidung für die Zukunft jederzeit wieder ändern. Rückwirkende Änderungen sind jedoch nicht möglich.

9. Was passiert, wenn ich die e-card nicht bei mir habe?

Wenn wir Ihre e-card bei einem Besuch nicht stecken konnten, können Ihre Medikationsdaten von diesem Besuch von uns nicht an ELGA übermittelt werden. Wenn Sie das möchten, können Sie aber bei der Einlösung des Rezepts die e-card in der Apotheke stecken lassen und die Verschreibung an ELGA so nachträglich übermitteln lassen. Durch Stecken der e-card können in der Apotheke so auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente in ELGA aufgenommen werden.

10. Empfehlen Sie als Arzt die Teilnahme oder Abmeldung von ELGA, oder auch ein „Situatives opt-out“?

Natürlich gibt es bei ELGA neben Vorteilen auch potenzielle Risiken. Das wichtigste Risiko bei Übermittlung Ihrer Daten ist sicherlich das der Datensicherheit, auch wenn diese bestmöglich geschützt werden sollen. Das wichtigste Risiko bei Nicht-Übermittlung Ihrer Daten ist, dass andere Ärzte nicht zur Nachfrage verpflichtet sind, ob Sie der Datenübermittlung in einem Fall widersprochen haben, und Ihre Behandlung dadurch beeinträchtigt werden kann. Wir bitten Sie um Verständnis, dass uns eine eingehendere Beratung organisatorisch nicht möglich ist und empfehlen im Zweifel kurzfristig ein „Situatives-opt-out“ wahrzunehmen und Ihre offenen Fragen bei den nachfolgenden Stellen zu klären.

11. Wo kriege ich mehr Informationen“?

- ELGA Serviceline: Tel: 050 124 4411 (Werktags, Mo-Fr, 7h -19h), E-Mail: info@elga-serviceline.at
- www.gesundheit.gv.at (Zugang ELGA Portal)
- www.elga.gv.at (ELGA Informationsportal)
- [ELGA-Ombudsstelle Wien](http://www.elga-ombudsstelle.wien.gv.at), Ramperstorffergasse 67, 1050 Wien, Telefon: +43 1/544 06 80, E-Mail: elga-ombudsstelle@wien.gv.at, Montag bis Freitag 8:00–16:00



Patient*Inneninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Untenstehend finden sie einige Informationen, die für Ihre Behandlung in unserer Ordination von Bedeutung sein können. Bitte lesen Sie diese genau durch!

- Nur kurze Behandlungsverlaufsberichte an 1) die überweisende Ärztin oder den überweisenden Arzt oder 2) für die Krankenkasse (ÖGK/SVS, aber nicht BVAEB und KFA) bei Vorlage einer schriftlichen Anforderung durch diese, sind für Sie kostenfrei. **Bitte beachten Sie, dass ausführlichere Befunde oder Befunde für alle anderen Stellen in der Regel Privatleistungen sind und bezahlt werden müssen.**
- Es ist uns ein wichtiges Anliegen, die Wartezeiten für Sie so kurz wie möglich zu halten. Zu kurzfristige Absagen und das Nichterscheinen ohne Absage, wie auch Terminverspätungen, zwingen uns zu Überbuchungen, die wiederum die Wartezeiten für alle Patienten verlängern. Aus diesem Grund bieten wir Ihnen an, vor ihrem vereinbarten Termin auch eine Erinnerungs-SMS zuzuschicken. Bitte beachten Sie daher aber auch folgende Absageregulung:
 - **Die Terminabsage ist bis ZWEI ORDINATIONSTAGE vor Ihrem Termin möglich, wir sind Ihnen aber immer für möglichst frühzeitige Absagen dankbar. Bitte beachten Sie auch, dass Mittwoch kein Ordinationstag ist. Daher muss beispielsweise eine termingerechte Absage für Donnerstag so spätestens bis Montag 13:30 (Annahmeschluss) bei uns einlangen. Um Ihre termingerechte Absage sicherzustellen, nutzen sie am einfachsten das Online-Formular oder telefonisch unter 01 8907313. Bei nicht termingerechter Absage müssen wir Ihren Termin als versäumt behandeln, da eine Nachbesetzung für uns in aller Regel nicht mehr möglich ist und von anderen Patienten nicht mehr genutzt werden kann.**
 - Bitte haben sie Verständnis, dass wir **bei zweimaliger Nichteinhaltung der Absageregulung innerhalb von sechs Monaten für ein Jahr keinen neuen Termin vergeben können und wir uns auch vorbehalten müssen im gehäuften Wiederholungsfall kurzfristiger Absagen die weitere Betreuung überhaupt in Frage zu stellen.**
- **Sollte es im Laufe Ihrer Behandlung zu irgendwelchen Änderungen Ihrer Versicherungsdaten oder Adresse, Kontaktdaten und Telefonnummer kommen, bitten wir Sie um ehestmögliche Mitteilung** damit Ihre Schriftstücke richtig ausgestellt werden und wir Sie im Bedarfsfall auch immer sicher erreichen können. Sie können Ihre Daten jederzeit problemlos auch über unser Online-Formular aktualisieren.
- Wir ersuchen Sie mich auch im Behandlungsverlauf selbstständig und aktiv auf alle schwerwiegenden oder chronischen Erkrankungen, die sich ereignen oder bei Ihnen neu auftreten, alle neuen Allergien und Unverträglichkeiten und alle durch andere Ärzte neu verschriebenen oder veränderten Medikamente, sowie alle Veränderungen unter einer laufenden Therapie, welche möglicherweise einer Nebenwirkung entsprechen könnten, hinzuweisen. Bitte machen Sie uns auch auf alle Änderungen Ihrer familiären oder sozialen Umstände, die für Sie von Belastung oder von Bedeutung sind, aufmerksam.
- **Wir ersuchen Sie mit uns bevorzugt Online, über die Formulare unserer Homepage, in Kontakt zu treten.** Telefonisch kann es aufkommensbedingt manchmal schwierig sein uns zu erreichen. **BITTE SCHICKEN SIE KEINE E-MAILS!** Diese sind datenschutzrechtlich aufgrund fehlender Sicherheit problematisch und können von uns administrativ nicht bearbeitet werden.
- Im Zuge Ihrer Behandlung kann es sein, dass Ihnen Medikamente verschrieben werden, welche Ihre Psyche günstig beeinflussen sollen. Bitte sehen Sie gerade in der Einstellungsphase davon ab **Alkohol** oder auch andere Substanzen mit zentralnervöser Wirkung zu sich zu nehmen. Bevor Sie Alkohol trinken, lesen Sie bitte im Beipacktext nach und halten Sie gegebenenfalls vorher Rücksprache.
- **Wenn Sie von uns medikamentös behandelt werden, bitte setzen Sie die Medikamente nicht selbstständig und ohne Rücksprache ab.** Eine nicht abgesprochene Dosisveränderung oder ein selbstständiges Absetzen kann vermeidbare und unangenehme Beschwerden verursachen, Ihren Behandlungserfolg gefährden oder zunichte machen und möglicherweise sogar gefährliche Folgen für ihre psychische und körperliche Gesundheit haben. Bitte halten Sie Rücksprache, wann immer es möglich ist.



- Grundsätzlich gilt für alle Medikamente mit Wirkung auf das Zentralnervensystem (wie auch für viele Nicht-Psychopharmaka) auch, dass diese die Bedienung von Maschinen und die Verkehrstauglichkeit beeinflussen können. Der Warnhinweis  auf der Packung macht auf dieses Risiko aufmerksam. Bei vielen Psychopharmaka ist dies gering und vor allem in der Einstellungsphase gegeben. Ein höheres Risiko hierfür haben aber alle Medikamente, die beruhigende und müde-machende Wirkungen aufweisen. Auch bei diesen sinkt häufig das Risiko wieder deutlich, wenn Sie die Medikamente längere Zeit gleichmäßig einnehmen. Dennoch kann es sein, dass für Sie ein juristischer Rechtfertigungsdruck entsteht, sollten Sie in einen Unfall verwickelt werden. **Daher gilt grundsätzlich, dass Sie jedenfalls für einige Tage (bei müde-machenden und beruhigenden Medikamenten mitunter auch einige Wochen oder dauerhaft), Ihre Eignung und ihr Vermögen zur Bedienung von Maschinen oder dem Lenken eines Fahrzeugs kritisch beurteilen und im Zweifel davon Abstand nehmen sollten, wenn sie ein Medikament neu verordnet bekommen haben oder die Dosierung verändert wurde.** Wenn Sie diese Regel beachten, sollte es im Alltag keine Probleme oder Gefährdungen geben. Eine weitergehende Rechtssicherheit können Sie noch gewinnen, wenn Sie sich Ihre Tauglichkeit mittels einer **verkehrspsychologischen Untersuchung** bestätigen lassen, wobei jedenfalls das sogenannte "krafftahrspezifische Leistungsvermögen" mit Testverfahren gemessen wird. Hierfür können aber erhebliche Kosten anfallen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, Obenstehendes gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.

Name: _____ Ort, Datum: _____

Datenblatt/Einverständniserklärung

Bitte kreuzen Sie an und füllen Sie aus:

- **Hausärztin/Hausarzt:** (AdressatIn für Arztbriefe/Verlaufsberichte)
Name: _____ PLZ: _____
- **Ich habe einen Erwachsenenschutzbeauftragten/Sachwalter:**
Name: _____ PLZ: _____
- **Ich bin damit einverstanden, bis auf Widerruf per SMS kontaktiert zu werden.** Insbesondere für Terminerinnerungen, Rezeptinformationen oder in dringenden Fällen.
- **Ich bin NICHT damit einverstanden, per SMS kontaktiert zu werden.**
- **Ich bin bei der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) abgemeldet.**
- **Ich habe das Informationsblatt zu der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) erhalten und bin mir der Möglichkeit eines „situatives Opt-out“ bewusst.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit obenstehender Angaben.

Name: _____ Ort, Datum: _____



I. Informationen gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Name der Datenverarbeitung: Patientenverwaltung

1. Umfasste Datenkategorien

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, die unter folgende Datenkategorien fallen:

Titel, Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Telefonnummer, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Kostenträger, Sozialversicherungsnummer, Gebührenbefreiungen, Name und Sozialversicherungsnummer des Hauptversicherten, Art des Beschäftigungsverhältnisses, Name und Anschrift des Arbeitsgebers, Zeitpunkt und Art der Inanspruchnahme des Verantwortlichen (Arztes) bzw. der Behandlung, Anlass der Behandlung, Veranlasser der Behandlung, mein medizinischer Zustand während der Behandlung, besondere Risikofaktoren (zB Allergien), Krankengeschichte und dazugehörige Befunde, (Verdachts-) Diagnosen während des Behandlungsverlaufes, Beschreibung des Krankheitsverlaufes, Daten zur Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie hier in der Ordination entnommene Blut-, Gewebe- oder sonstige Proben.

2. Zweck der Datenverarbeitung

Der Zweck dieser Datenverarbeitung ist einerseits die medizinische Diagnostik und Behandlung im Gesundheitsbereich und andererseits die Erfüllung der gesetzlichen Dokumentationspflicht. Ihre Patientendaten werden allenfalls auch zu dem Zweck der gesetzlich geregelten Übermittlung an festgelegte Empfänger verarbeitet (beispielsweise an Krankenversicherungsträger).

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

a) Rechtsgrundlage: rechtliche Verpflichtung

Wir müssen Patientendaten, die wir von Ihnen erhalten haben, aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung verarbeiten, und zwar aufgrund der ärztlichen Dokumentationspflicht gemäß § 51 Ärztegesetz 1998. Gegebenenfalls erfolgt auch eine Übermittlung von Daten aufgrund gesetzlicher Verpflichtung an Krankenversicherungsträger, Behörden oder Gerichte (zB auf Basis des Epidemiegesetzes, der StPO, der Anzeigepflicht gemäß Ärztegesetz 1998).

b) Rechtsgrundlage: Art. 9 Abs. 2 lit. h iVm Abs. 3 DSGVO

Gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h iVm Abs. 3 DSGVO ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten für Zwecke der medizinischen Diagnostik und der Behandlung im Gesundheitsbereich aufgrund eines Vertrages mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs zulässig, wenn diese Daten von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden und dieses Fachpersonal einem gesetzlichen Berufsgeheimnis unterliegt.



4. Empfänger der Daten

Wir geben Ihre Daten gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h iVm Abs. 3 DSGVO an folgende Empfänger bzw. Empfängerkategorien weiter:

Zuweiser

Hausarzt

Krankenanstalten, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren

Gegebenenfalls erfolgt auch eine Übermittlung von Daten aufgrund gesetzlicher Verpflichtung an Krankenversicherungsträger, Behörden oder Gerichte (zB auf Basis des Epidemiegesetzes, der StPO, der Anzeigepflicht gemäß Ärztesgesetz 1998).

5. Speicherdauer/Löschungsfrist

Wir speichern Ihre Daten 30 Jahre ab dem letzten Patientenkontakt.

6. Auftragsverarbeiter

Für diese Datenverarbeitung ziehen wir Auftragsverarbeiter heran.

7. Kontaktdaten

Sie erreichen uns unter folgenden Kontaktdaten:

Praxis Annagasse

Annagasse 5/3/13, 1010 Wien

Tel: 01 8907313

Fax: 01 890731313

Online-Formulare: www.praxis-annasse.at/kontaktformulare

E-Mail: Ordination@praxis-annagasse

Bitte für alle behandlungsrelevanten Belange einschließlich Termine und Befunde KEINE E-Mails verwenden. E-Mail sind KEINE sichere Datenübermittlung. Um derartige Zusendungen nicht zu unterstützen, werden alle E-Mails in Patientenbelangen von uns daher auch NICHT bearbeitet. Nutzen Sie bitte dafür die Online-Formulare oder kontaktieren Sie uns telefonisch.



8. Rechtsbehelfsbelehrung

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Dafür wenden Sie sich an uns. Das Recht auf Löschung Ihrer Daten aus der Patientenverwaltung steht Ihnen aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht gemäß § 51 Ärztegesetz 1998 in der Regel nicht zu.

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. In Österreich ist die Datenschutzbehörde zuständig.

II. Informationen gemäß Art. 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Name der Datenverarbeitung: Patientenverwaltung

1. Quelle der Daten

Sofern die Daten nicht unmittelbar in der Ordination erhoben werden, erhalten wir diese im Falle der medizinischen Notwendigkeit nach Abschluss des Behandlungsvertrages von Gesundheitseinrichtungen, bei denen Sie in einem Behandlungsverhältnis (Behandlungsvertrag) stehen oder standen. Diese Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet und dieses Fachpersonal unterliegt einem gesetzlichen Berufsgeheimnis (Art. 9 Abs. 2 lit. h iVm Abs. 3 DSGVO).

2. Weitere Informationen

Zu den weiteren gemäß Art. 14 DSGVO bekanntzugebenden Daten wird auf Punkt I. verwiesen.

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie Informationen gemäß Art. 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und verstanden. Die Bestätigung Ihrer Kenntnisnahme ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Da sie nur eine Information und KEINE Einwilligung darstellt ist sie aber auch ohne Ihre Unterschrift gültig und wirksam.

Name: _____ Ort, Datum: _____