



## Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Stefan Rimoldi  
Dr. med. Eva Frenschkowski  
Dr. med. Uta Persdorf (angestellte Ärztin)

An der Graswiese 19  
55413 Weiler  
Telefon: 06721 35450

### Persönliche Daten

Vorname:	
Nachname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	Mobil:
e-mail:	

(\*zum elektronischen Versand von Laborwerten, Befundkopien o.ä. auf Wunsch an Sie per E-Mail möglich)

Größe:	Gewicht:
Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

\*wenn ja, welche Allergien:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? (\*Medikamentenplan)

\*liegt Ihnen ggf. bereits ein Ausdruck von Ihrem aktuellen Medikamentenplan vor?

	morgens	mittags	abends
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ergänzungen (nur für Neupatienten zum Ausfüllen zusätzlich)

Bitte bringen Sie alle vorliegenden Befunde (sofern vorhanden) in schriftlicher Form (bitte keine CD/DVD o.ä.) zum vereinbarten Termin mit.

Sind chronische Erkrankungen bekannt (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Asthma, hohe Blutfettwerte/Cholesterin, Schlafanfall etc.?)

Wurden Sie schon einmal operiert? ja  nein   
Wenn ja, wann und welche Operationen?

Jetzige Beschwerden?

**PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ:** Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSG-VO) 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.

**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, Therapieempfehlungen 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.

**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, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche 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 berechnete Empfänger.

**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 Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

**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: Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Hinterer Bleiche 34, 55116 Mainz

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

**Erklärung:** Ich habe o.g. Informationen zu Datenschutz und Datenverarbeitung im Rahmen der Behandlung durch die Gemeinschaftspraxis Rimoldi/Frenschkowski gelesen und stimme den oben genannten Bedingungen hiermit ausdrücklich zu. Sollte ich bereits vor dem 01.04.2025 in der Praxis in Behandlung gewesen sein, stimme ich einer vollständigen Übernahme der von der Gemeinschaftspraxis Gerlach/Rimoldi erhobenen Daten hiermit zu.

### Patienteneinverständniserklärung / Doctolib

(\*weitere Details finden Sie auf unserer Webseite [www.arztpraxis-weiler.de](http://www.arztpraxis-weiler.de) unter **INFORMATIONEN**)

Einwilligung zur Terminerinnerung per SMS und/oder E-Mail, um Terminausfälle zu vermindern.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten

Ort, Datum

Unterschrift (\*ggf. gesetzlicher Vertreter)

### Gesetzlicher Vertreter:

Vorname:

Nachname:

Adresse:

(\*falls abweichende Adresse zu oben genanntem Patienten)

Geburtsdatum:

Telefon:

Mobil: