



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**  
 Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen aus. Durch Ihre freundliche Mitwirkung können Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlung sicherer gestaltet werden.  
**Unser Praxisteam ist Ihnen gerne dabei behilflich!**



**Lungenzentrum Nordschwaben**  
**Pneumologische Praxis**  
**und Schlaflabor**

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße:</b>	<b>Wohnort:</b>
<b>Beruf: (bei Rentnern, frühere Tätigkeit)</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Hausarzt:</b>	<b>Email:</b>
	<b>Handy:</b>

**Bitte ANKREUZEN**

**Das Ausfüllen der Daten ist freiwillig !!**

Sie sollten jedoch mindestens die Daten angeben, die Sie als Information für den Arzt als notwendig erachten.

<b>Vorerkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf/Blutdruck	<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> Stoffwechsel
	<input type="checkbox"/> Magen/Darm	<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Nerven
	<input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/> (andere) <input style="width:150px;" type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Allergietest durchgeführt (nach 2005)		
	<input type="checkbox"/> Allergie: welche? <input style="width:150px;" type="text"/>		
<b>Nahrungsmittelunverträglichkeit</b>	<input type="checkbox"/> JA welche? <input style="width:150px;" type="text"/>		
<b>Medikamentenunverträglichkeit:</b>	<input type="checkbox"/> JA welche? <input style="width:150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Röntgenaufnahme der Lunge</b> <small>(in den letzten 6 Monaten)</small>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Haustiere:</b>	<input type="checkbox"/> JA welche? <input style="width:150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Hobbys:</b>	<input type="checkbox"/> JA welche? <input style="width:150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Tabakgenuß:</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> bis 10 <input type="checkbox"/> bis 20 <input type="checkbox"/> über 20 pro Tag	<input type="checkbox"/> NEIN	
	<small>(Menge Zigaretten)</small>		
<b>Alkoholgenuß:</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> NEIN	
	<small>Anzahl Glas (Bier, Wein) pro Tag: <input style="width:100px;" type="text"/></small>		
<b>Schnarchen:</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> UNBEKANNT		
<b>Vorerkrankungen Familie:</b> <small>(Groß-/Eltern, Kinder)</small>	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen		
	<input type="checkbox"/> Allergien		
<b>Tropenreise/Amerikareise im letzten Jahr ?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		

**Hinweise zum Datenschutz - siehe Rückseite !!**

**Bitte füllen Sie unbedingt die grau hinterlegten Zeilen aus und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Eingaben**

# PATIENTENINFORMATION zum DATENSCHUTZ

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der 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 Datenschutzrechte Sie haben.

**1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung** ist das  
**Lungenzentrum Nordschwaben, Ziegelstraße 38, 89407 Dillingen, Telefon: 09071-794280**  
**Email: info@lungenzentrum-nordschwaben.de**  
**Datenschutzbeauftragte: Petra Egger Montag-Freitag (08.00-12.00 Uhr)**

**2. Die Datenverarbeitung** erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.  
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, Gesundheitsdaten, Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde, die wir von anderen Ärzten erhalten. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, bei den Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen.

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, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger können sein: Andere Ärzte, Psychotherapeuten, die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und der medizinische Dienst, Ärztekammern, private Verrechnungsstellen.  
Zweck der Übermittlung: Abrechnung, Klärung von medizinischen und versicherungsrechtlichen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Ich bin mit einer Weitergabe des Befundberichts **an meinen Hausarzt** einverstanden

Ich bin mit einer Weitergabe der Befunde **an alle weiterbehandelnden Ärzte** einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mit bei Notwendigkeit telefonisch oder per SMS informieren darf.

### Folgende Personen dürfen Auskunft erhalten (Rezepte, Befundberichte abholen, Telefonate führen):

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

### 4. Aufbewahrung der Daten:

Mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung, manche sogar 30 Jahre (z.B. Röntgenaufnahmen)

### 5. Ihre Rechte:

- Einsicht, Berichtigung unrichtiger Daten, Recht auf Löschung unter bestimmten Voraussetzungen, Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit
- Wir benötigen nur in Ausnahmefällen Ihre Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, Ihre Einverständnis für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.
- Sie dürfen sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht rechtmäßig verarbeitet werden.

**Zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Ansbach**

Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h. DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Abs. 1 lit.h.b) BDSG

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_