Hausarztpraxis Bochum-Weitmar
Hennecke-Hackbarth u. Nowak GbR
Hattinger Straße 408 · 44795 Bochum
Telefon 0234/ 472100 · info@hausarzt-weitmar.de

Wie wir mit Ihren Daten umgehen

Information für Patientinnen und Patienten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung

Um Sie behandeln zu können, müssen wir Angaben über Sie erheben und speichern. Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen, welche das sind, was damit geschieht und welche Rechte Sie haben. Wenn Sie dazu Fragen haben, sprechen Sie uns an.

1. Wer ist verantwortlich?

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die Hausarztpraxis Bochum-Weitmar, Gemeinschaftspraxis Hennecke-Hackbarth u. Nowak GbR, Hattinger Straße 408, 44795 Bochum, Telefon 0234/ 472100, info@hausarzt-weitmar.de.

2. Welche Daten wir verarbeiten

Wir verarbeiten die Angaben, die für Ihre Behandlung und deren Abrechnung erforderlich sind. Dazu gehören:

- Ihr Name, Ihre Anschrift, Ihr Geburtsdatum und Ihre Kontaktdaten
- Ihre Versicherungsdaten und der Versichertenstatus
- Gesundheitsdaten: Beschwerden, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Befunde, Verordnungen, Behandlungsverläufe, Vorerkrankungen
- Angaben, die Sie uns selbst mitteilen, etwa zu Allergien, Medikamenten oder Ihrer Lebenssituation

3. Woher die Daten stammen

Die meisten Angaben erhalten wir unmittelbar von Ihnen. Darüber hinaus können uns Daten erreichen von mit- und vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, von Krankenhäusern, von Laboren, von Ihrer Krankenkasse sowie – über die elektronische Gesundheitskarte – aus der Telematikinfrastruktur.

4. Warum wir Ihre Daten verarbeiten und auf welcher Grundlage

Wir verarbeiten Ihre Daten, um Sie zu behandeln, um die Behandlung zu dokumentieren, wie es das Gesetz verlangt, und um unsere Leistungen abzurechnen.

Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h der Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit § 22 Bundesdatenschutzgesetz. Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die Abrechnung gesetzlich Versicherter aus den Vorschriften des Fünften Sozialgesetzbuchs. Wo wir Sie um eine Einwilligung bitten – etwa für die Übermittlung an ein Labor oder für die Kommunikation per E-Mail – ist Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a die Grundlage.

Ohne die notwendigen Angaben können wir Sie nicht sorgfältig behandeln. Wir sind darauf angewiesen, dass Sie uns vollständig und zutreffend informieren.

5. An wen wir Daten weitergeben

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir geben sie nur weiter, soweit das Gesetz es erlaubt oder Sie eingewilligt haben. Empfänger können sein:

- die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und Ihre Krankenkasse, zur Abrechnung der Behandlung
- der Medizinische Dienst, wenn er im Auftrag Ihrer Krankenkasse Fragen zu klären hat
- die Deutsche Rentenversicherung, soweit sie im Zusammenhang mit einem Antrag auf Rehabilitation oder Rente Befunde oder Berichte von uns anfordert
- Labore und Laborgemeinschaften, soweit Sie dazu gesondert eingewilligt haben
- mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Therapeuten, soweit Sie dazu eingewilligt haben
- Apotheken, im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln
- privatärztliche Verrechnungsstellen bei privat abgerechneten Leistungen, soweit Sie dazu eingewilligt haben
- Behörden, soweit wir gesetzlich zur Meldung verpflichtet sind, etwa nach dem Infektionsschutzgesetz
- IT-Dienstleister, die unsere Praxissoftware und unsere technischen Systeme betreuen. Sie arbeiten in unserem Auftrag, sind vertraglich gebunden und schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Eine Übermittlung in Länder außerhalb der Europäischen Union findet nicht statt.

6. Wie lange wir Ihre Daten speichern

Ihre Behandlungsunterlagen bewahren wir nach § 630f Absatz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung auf. Für einzelne Unterlagen gelten längere gesetzliche Fristen. Danach werden die Daten gelöscht oder vernichtet.

7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht,

- Auskunft darüber zu verlangen, welche Daten wir zu Ihnen gespeichert haben, und eine Kopie zu erhalten
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen
- die Löschung Ihrer Daten zu verlangen. Solange wir gesetzlich zur Aufbewahrung verpflichtet sind, können wir diesem Wunsch allerdings nicht nachkommen.
- die Verarbeitung einschränken zu lassen
- der Verarbeitung zu widersprechen
- Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem gängigen Format zu erhalten oder übertragen zu lassen

Wenden Sie sich dafür an die oben genannten Kontaktdaten. Für Sie entstehen dadurch keine Kosten.

8. Widerruf von Einwilligungen

Wo Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit für die Zukunft widerrufen – formlos und ohne Angabe von Gründen, mündlich in der Praxis, telefonisch oder schriftlich. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig. Ein Widerruf hat keine Nachteile für Ihre Behandlung.

9. Beschwerderecht

Wenn Sie der Ansicht sind, dass wir Ihre Daten nicht rechtmäßig verarbeiten, können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns zuständig ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Telefon 0211 38424-0, poststelle@ldi.nrw.de. Unabhängig davon können Sie sich jederzeit auch direkt an uns wenden.

10. Keine automatisierte Entscheidungsfindung

Entscheidungen über Ihre Behandlung treffen wir persönlich. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profilbildung findet nicht statt.

11. Kommunikation per Telefon, E-Mail und über unsere Website

Wenn Sie uns per E-Mail schreiben oder unser Kontaktformular nutzen, verarbeiten wir Ihre Angaben zur Bearbeitung Ihrer Anfrage. E-Mails sind auf dem Übertragungsweg nicht verschlüsselt; ein vollständiger Schutz vor Kenntnisnahme durch Dritte besteht dabei nicht. Befunde, Diagnosen und Angaben zu Beschwerden teilen wir daher grundsätzlich nicht per E-Mail mit, sondern besprechen sie persönlich oder telefonisch mit Ihnen.

Möchten Sie, dass wir Sie per E-Mail oder SMS erreichen dürfen, können Sie uns dafür ein gesondertes Einwilligungsblatt ausfüllen. Wie wir mit Daten auf unserer Website umgehen, erfahren Sie in der Datenschutzerklärung unter www.hausarzt-weitmar.de.

Stand: Oktober 2026

Anamnesebogen

hausärztliche Erstvorstellung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte *(Name, Fachrichtung):*

_____

_____

Sozialanamnese:

O Nicht berufstätig O selbstständig O Schüler/Ausbildung

O Elternzeit O Beschäftigt in Vollzeit O Beschäftigt im Schichtdienst

O Rentner O Beschäftigt in Teilzeit

Beruf: _____

Familienstand: O ledig O verheiratet O verwitwet

Kinder: _____

Wohnsituation: O alleinlebend O mit Familie

O betreutes Wohnen O Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten:_____

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

			seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck	O Nein	O Ja	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	O Nein	O Ja	_____
Herzerkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Schlaganfall	O Nein	O Ja	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	O Nein	O Ja	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	O Nein	O Ja	_____
Fettstoffwechselstörung	O Nein	O Ja	_____
Tumorerkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Lebererkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Hauterkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Chronische Infektionskrankheiten	O Nein	O Ja	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	O Nein	O Ja	_____
Thrombose o. Lungenembolie	O Nein	O Ja	_____
Augenerkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Psychische Erkrankungen	O Nein	O Ja	_____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	O Nein	O Ja	_____

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie? O Ja O Nein *Wenn ja: ___ Zigaretten/Tag*

Nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol? O Ja O Nein *Wenn ja: ___ Gläser/Woche*

Allergien:

O Wespen-/Bienengift O Allergischer Schock in der Vergangenheit

O Medikamente _____

O Lebensmittel _____

O Andere _____

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	O Nein	O Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	O Nein	O Ja
Herzerkrankungen	O Nein	O Ja
Schlaganfall	O Nein	O Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	O Nein	O Ja
Zuckerkrankheit/ Diabetes	O Nein	O Ja
Tumorerkrankungen	O Nein	O Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	O Nein	O Ja
Thrombose o. Lungenembolie	O Nein	O Ja

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? o Ja o Nein

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen, aktuellen Medikationsplan mit!

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

o ja o nein *Wenn ja, warum und wo?* _____

_____

_____

Operationen *(bitte erläutern)*:

O Herz _____

O Bauch _____

O Gefäße _____

O Wirbelsäule _____

O Sonstige: _____

_____

_____

Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte der Krankenhausaufenthalte mit.

Bitte bringen Sie zu Ihren nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Hausarztpraxis Bochum-Weitmar
Hennecke-Hackbarth u. Nowak GbR
Hattinger Straße 408 · 44795 Bochum
Telefon 0234/ 472100 · info@hausarzt-weitmar.de

Einwilligung in die Erhebung und Übermittlung von Behandlungsdaten

nach § 73 Absatz 1b Fünftes Sozialgesetzbuch

Damit wir Sie gut behandeln können, müssen wir uns mit anderen Ärztinnen und Ärzten austauschen, die Sie behandeln oder behandelt haben. Dafür brauchen wir Ihre Einwilligung.

Name, Vorname

_____

Geburtsdatum

_____

Wohnort

_____

Ich willige ein, dass

☐ unsere Praxis Behandlungsdaten und Befunde, die mich betreffen, bei anderen Ärztinnen, Ärzten und Leistungserbringern anfordert, soweit das für meine Behandlung und deren Dokumentation erforderlich ist,

☐ unsere Praxis Behandlungsdaten und Befunde, die mich betreffen, an andere mich behandelnde Ärztinnen, Ärzte und Leistungserbringer übermittelt,

☐ bei einem Wechsel der Hausarztpraxis die bisherige Praxis die über mich gespeicherten Unterlagen an die neue Praxis übermittelt und die neue Praxis diese Unterlagen anfordert.

Für andere als die genannten Zwecke dürfen wir Ihre Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Freiwilligkeit und Widerruf

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen – formlos und ohne Angabe von Gründen, mündlich in der Praxis, telefonisch unter 0234/ 472100 oder schriftlich an die oben genannte Anschrift. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig. Ein Widerruf hat keine Nachteile für Ihre Behandlung; wir können dann allerdings keine Unterlagen bei anderen Praxen anfordern oder dorthin weitergeben.

Wie wir mit Ihren Daten umgehen, wer sie erhält, wie lange wir sie speichern und welche Rechte Sie haben, steht in unserem Merkblatt „Wie wir mit Ihren Daten umgehen“. Sie erhalten es in der Praxis und auf hausarzt-weitmar.de.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertretung

Stand: Oktober 2026

Hausarztpraxis Bochum-Weitmar
Hennecke-Hackbarth u. Nowak GbR
Hattinger Straße 408 · 44795 Bochum
Telefon 0234/ 472100 · info@hausarzt-weitmar.de

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an Labore

sowie an mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Für viele Fragestellungen brauchen wir Laborwerte. Einen Teil der Untersuchungen führen wir in unserer Praxis selbst durch – dafür ist keine Einwilligung nötig. Proben, die wir nicht selbst auswerten, geben wir an ein Labor weiter. Dafür brauchen wir Ihre Einwilligung.

Sie entscheiden für jeden Punkt einzeln. Wie wir allgemein mit Ihren Daten umgehen, steht in unserem Merkblatt „Wie wir mit Ihren Daten umgehen“.

Name, Vorname

_____

Geburtsdatum

_____

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie gilt

☐ Meine Proben und die dafür erforderlichen Angaben dürfen an die Laborgemeinschaft und das Facharztlabor übermittelt werden, mit denen unsere Praxis zusammenarbeitet.

☐ Ist eine Untersuchung dort nicht möglich, dürfen meine Proben und die dafür erforderlichen Angaben an ein Auftragslabor für Spezialanalytik weitergeleitet werden.

☐ Meine Befunde und die dazu notwendigen Angaben dürfen an mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden, auch elektronisch oder per Telefax.

☐ Nur bei privat abgerechneten Leistungen: Die zur Abrechnung erforderlichen Angaben dürfen an die privatärztliche Verrechnungsstelle übermittelt werden.

Um welche Labore und welche Verrechnungsstelle es sich handelt und wo diese ihren Sitz haben, nennen wir Ihnen auf Nachfrage an der Anmeldung.

Freiwilligkeit und Widerruf

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen – formlos und ohne Angabe von Gründen, mündlich in der Praxis, telefonisch unter 0234/ 472100 oder schriftlich an die oben genannte Anschrift. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig.

Ohne Ihre Einwilligung können wir Laboruntersuchungen, die wir nicht selbst durchführen, nicht veranlassen. Ihre übrige Behandlung bleibt davon unberührt, und es entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertretung

Stand: Oktober 2026

Hausarztpraxis Bochum-Weitmar
Hennecke-Hackbarth u. Nowak GbR
Hattinger Straße 408 · 44795 Bochum
Telefon 0234/ 472100 · info@hausarzt-weitmar.de

Einwilligung in die Kommunikation per E-Mail, Mailbox und SMS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele organisatorische Dinge lassen sich schneller per E-Mail oder SMS klären als am Telefon – etwa die Bestätigung eines Termins. Damit wir diese Wege nutzen dürfen, brauchen wir Ihre Einwilligung. Sie entscheiden dabei für jeden Weg einzeln.

Was Sie wissen sollten

E-Mails und SMS werden auf dem Weg zu Ihnen nicht verschlüsselt. Sie sind mit einer Postkarte vergleichbar. Es besteht die Gefahr, dass solche Nachrichten auf dem Übertragungsweg verlorengehen, von Dritten gelesen oder sogar verändert werden – etwa durch Ihren E-Mail-Anbieter oder durch jemanden, der Zugriff auf Ihr Gerät hat. Dasselbe gilt für eine Nachricht auf Ihrer Mailbox oder Ihrem Anrufbeantworter, die auch andere abhören könnten.

Deshalb gilt in unserer Praxis unabhängig von Ihrer Einwilligung: **Befunde, Laborwerte, Diagnosen, Medikamente und Angaben zu Beschwerden teilen wir auf diesen Wegen nicht mit.** Solche Inhalte besprechen wir persönlich oder telefonisch mit Ihnen. Über E-Mail, Mailbox und SMS klären wir ausschließlich organisatorische Fragen.

Freiwilligkeit und Widerruf

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie sie nicht erteilen, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile – wir erreichen Sie dann wie bisher telefonisch oder per Post.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen, formlos und ohne Angabe von Gründen: mündlich in der Praxis, telefonisch unter 0234/ 472100 oder schriftlich an die oben genannte Anschrift. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig.

Verantwortlicher und Beschwerderecht

Verantwortlich ist die Hausarztpraxis Bochum-Weitmar, Hennecke-Hackbarth u. Nowak GbR, Hattinger Straße 408, 44795 Bochum. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht, sich bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen zu beschweren (Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Telefon 0211 38424-0, poststelle@ldi.nrw.de). Ausführliche Informationen enthält unser Datenschutz-Merkblatt, das Sie in der Praxis und auf hausarzt-weitmar.de erhalten.

Einwilligungserklärung

Name, Vorname

_____

Geburtsdatum

_____

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie gilt

☐ Die Praxis darf mir auf E-Mails, die ich selbst geschrieben habe, per E-Mail antworten.

☐ Die Praxis darf mich auch von sich aus per E-Mail anschreiben, zum Beispiel für eine Terminerinnerung.

☐ Die Praxis darf mir eine SMS schicken, zum Beispiel eine Terminerinnerung oder die Bitte um Rückruf.

☐ Die Praxis darf auf meiner Mailbox oder meinem Anrufbeantworter eine Nachricht hinterlassen. Diese enthält nur die Bitte um Rückruf.

Meine E-Mail-Adresse

_____

Meine Mobilnummer

_____

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben. Nur nötig, wenn Sie den jeweiligen Weg oben angekreuzt haben.

Bestätigung

Ich habe die Informationen auf der vorangehenden Seite gelesen. Mir ist bekannt, dass die Übermittlung per E-Mail und SMS nicht verschlüsselt erfolgt und dass die damit verbundenen Risiken – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme durch Dritte – bestehen. In Kenntnis dieser Gefahr wünsche ich die angekreuzten Kontaktwege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Praxis auf diesen Wegen keine Befunde, Diagnosen, Medikamente oder Angaben zu Beschwerden mitteilt, sondern diese ausschließlich persönlich oder telefonisch bespricht, und dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertretung

Stand: Oktober 2026