



Hinweise für das Verhalten nach einer Betäubung (Anästhesie)

**Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den unten stehenden Abschnitt ausfüllen!
Informieren Sie Ihre Begleitperson über den Inhalt dieser Hinweise!**

Bringen Sie dieses Formular bitte zum Gespräch mit dem behandelnden Arzt vor dem Eingriff wieder mit.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern!

Bei Ihnen oder Ihrem Kind ist ein Eingriff in allgemeiner Betäubung (Vollnarkose, Dämmerschlafbetäubung oder Teilbetäubung) geplant. Die Nachwirkungen dieser Betäubung können zu folgenden **vorübergehenden Beeinträchtigungen** führen:

- eingeschränktes Reaktions- und Koordinationsvermögen,
- Untauglichkeit für den Straßenverkehr,
- Konzentrationsstörungen und Bewusstseinstörung,
- Gedächtnisstörungen (Amnesie) beim Eingriff und für die Zeit davor und danach.

Aufgrund dieser Einschränkungen können Sie sowohl sich selbst als auch andere in Gefahr bringen. Ihre Reaktionen sind verzögert, auch wenn Sie dies selbst nicht wahrnehmen. Deswegen müssen Sie für die Hilfe einer **Begleitperson** am Tag des Eingriffs sorgen. Diese Person muss volljährig sowie körperlich und geistig in der Lage sein, notwendige Entscheidungen zum Wohl des Patienten zu treffen.

Bitte beachten Sie:

➔ Ohne eine Begleitperson ist die ambulante Durchführung des Eingriffs in unserer Praxis **nicht** möglich!

Aufgaben Ihrer Begleitperson sind:

- Begleitung des Patienten in die Praxis oder das Krankenhaus,
- Anwesenheit direkt nach dem Eingriff,
- Begleitung nach der Entlassung aus der Praxis bzw. dem Krankenhaus,
- Unterstützung bei der Einhaltung der unten stehenden Verhaltensregeln,
- Aufenthalt in der häuslichen Umgebung des Patienten bis 24 Stunden nach dem Eingriff.

Bitte informieren Sie Ihre Begleitperson rechtzeitig vor dem Eingriff über ihre Aufgaben, indem Sie ihr diesen Bogen zeigen.

Wenn Sie keine Begleitperson für den Eingriff haben und den Eingriff ambulant durchführen lassen wollen, wenden Sie sich bitte umgehend an Ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung.

Verhaltensregeln für den Patienten in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff:

1. Sie dürfen die Praxis bzw. das Krankenhaus erst nach der Entlassung durch einen Arzt bzw. Zahnarzt verlassen.
2. Sie dürfen auch in Ihrer häuslichen Umgebung nicht ohne Begleitperson bleiben.
3. Sie dürfen nicht ohne Begleitperson am Straßenverkehr teilnehmen, keinesfalls ein Fahrzeug steuern, nicht an oder mit laufenden Maschinen arbeiten, keinen Sport treiben, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen Entscheidungen treffen (z. B. Verträge abschließen, Schecks ausstellen).

Erklärung über die Aufklärung	Begleitperson
Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Informationen gelesen und die nebenstehend genannte Begleitperson über den Inhalt dieses Aufklärungsblattes informiert habe.	Name, Vorname: _____
	Alter: _____ Jahre / Telefon: _____
	Wohnort: _____
	Straße, Hausnummer: _____
Datum _____ Patientin/Patient bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)	

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationen gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis

1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung (DV) ist: Dr. Gerhard Lorenz-Prokein, Rotenbüschle 18, 76228 Karlsruhe
2. Zweck der DV: Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschlüsse. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.

- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.

- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke: Abrechnung der ärztlichen Leistungen, Abrechnungsprüfung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.

- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).

- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.

- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen.

- Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

3. Empfänger Ihrer Daten: Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten – mit Ihrem Einverständnis – an weitere berechnete Empfänger.

4. Ihre Rechte: Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten, unrichtige Daten berichtigen zu lassen, unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen (Hinweis: Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht.), Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen, Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist. Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: **Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart**

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich, (Vorname, Name) _____,

erkläre mich einverstanden, dass in der Anästhesie-Gemeinschaftspraxis Dres. med. Lorenz-Prokein, Kapfhammer, Kohn meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten,
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung,
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Wenn ich als gesetzliche(r) Vertreter(in) einwillige, gilt diese Einwilligung auch für die von mir vertretene Person.

Ort, Datum

Patientin/Patient bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

August 2023