



Merkblatt für das Verhalten nach einer ambulanten Anästhesie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Begleitperson, liebe Eltern!

Bei Ihnen bzw. der von Ihnen begleiteten Person wurde ein ambulanter Eingriff in allgemeiner Betäubung durchgeführt. Wegen der Nachwirkungen des Eingriffs und/oder der Betäubungs-, Schmerz- und Beruhigungsmittel oder anderer Medikamente sind Sie bzw. die von Ihnen begleitete Person in der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit möglicherweise eingeschränkt, auch wenn es der Betroffene nicht selbst wahrnimmt.

Bitte beachten Sie daher nach dem Eingriff unbedingt die folgenden Punkte:

- Sie dürfen die Praxis bzw. das Krankenhaus erst nach der Entlassung durch einen Arzt bzw. Zahnarzt verlassen!

Die nachfolgenden Anweisungen (Nrn. 1 bis 8) beziehen sich alle auf die ersten 24 Stunden nach dem Eingriff und sind für die Patientin bzw. den Patienten formuliert:

1. Nehmen Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teil. Sie dürfen keinesfalls ein Fahrzeug steuern.
2. Begeben Sie sich nicht ohne eine Begleitperson auf die Straße (z. B. als Fußgänger, Radfahrer).
3. Bleiben Sie zuhause nicht allein. Es muss eine erwachsene Betreuungsperson in Ihrer Nähe sein, die Ihnen bei Bedarf helfen kann.
4. Bedienen Sie keine Maschinen, mit denen Sie sich oder andere gefährden könnten.
5. Treffen Sie keine wichtigen Entscheidungen (z. B. Verträge abschließen, Schecks ausstellen).
6. Nehmen Sie keine alkoholischen Getränke oder Drogen zu sich. Alkohol und Drogen verstärken zusätzlich die Restwirkungen der Anästhesie-Medikamente.
7. Schonen Sie sich. Vermeiden Sie körperliche Anstrengungen. Seien Sie vorsichtig beim Treppensteigen. Treiben Sie keinen Sport.
8. Beruhigungs- und Schlafmittel dürfen Sie nur nach Rücksprache mit einem am Eingriff beteiligten Arzt bzw. Zahnarzt einnehmen.

Bei folgenden Anzeichen oder sonstigen Komplikationen den Arzt verständigen:

- Erschwerte Atmung, Schmerzen in der Brust, starke Kopfschmerzen, Anzeichen von Lähmungen, Fieber (über 38,5 °C) oder Schüttelfrost, schwere Übelkeit, mehrmaliges Erbrechen.
- Starke Halsschmerzen, anhaltende Heiserkeit oder länger bestehende Sprechstörungen nach einer Narkose mittels Larynxmaske (Kehlkopfmaske) oder Intubation (Beatmungsschlauch).
- An Ihren **Operateur** wenden Sie sich bei Nachblutungen und bei außergewöhnlichen Schmerzen im operierten Bereich.

Sie erreichen uns unter folgenden Telefonnummern:

Dr. med. Gerhard Lorenz-Prokein: **0171 4856160**

Dr. med. Andreas Kapfhammer: **0171 7546000**

Dr. med. Michael Kohn: **0171 4104661**

Bei schweren Krankheitszuständen oder Nichterreichbarkeit des Anästhesisten oder des behandelnden Arztes bzw. Zahnarztes wenden Sie sich an Ihren **Hausarzt**, den **ärztlichen Notdienst** oder den **Rettungsdienst** unter der Telefonnummer **19 222**.

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 Therapieempfehlungen. 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 berechnigte 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)