

Patientenstammblatt



Name

Adresse

.....

.....

Geburtsdatum

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail

Beruf



Versicherung

Privat versichert? Ja Nein Welche?

Hausarzt

Hausarzt-Adresse

.....

Überweiser

Überweiser-Adresse

Familienstand zusammenlebend allein lebend

Kinder Ja Nein Wie viele?

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden
Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414
📞 0611 / 900 66 416
✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com
🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com



Tagesschläfrigkeit



Name Vorname Datum
Geb. Datum



Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit, auch wenn Sie einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich diese trotzdem vorzustellen.

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden (sich also nicht nur müde fühlen)?

Skala geht von 0 (niemals) bis 3 (sehr wahrscheinlich)

Situation / Verhalten

Wahrscheinlichkeit, einzuschlafen?

Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzend (z.B. Theater, Kino etc.)	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer 1h Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um sich auszuruhen	0	1	2	3
Wenn Sie sich im Sitzen mit jemanden unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
Wenn Sie beim Autofahren verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3
Bitte nicht ausfüllen!	Summe:			

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden
Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414
☎ 0611 / 900 66 416
✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com
🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com



Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar nur während der letzten 4 Wochen! Ihre Antwort sollte möglichst genau sein. Beantworten Sie bitte alle Fragen.



Name Vorname Alter Jahre

Körpergröße: cm Gewicht: Kg Geschlecht: weiblich männlich

Beruf: Schüler/Student Arbeiter/in Selbstständig Angestellte/r Arbeitslos Hausfrau/-Mann

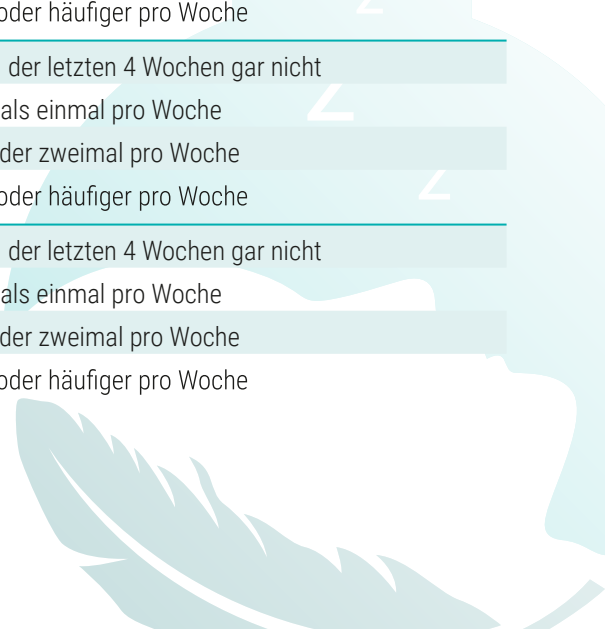


1. Wann sind Sie während der letzten 4 Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?	übliche Uhrzeit:
2. Wie lange hat es während der letzten 4 Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie eingeschlafen sind?	in Minuten:
3. Wann sind Sie während der letzten 4 Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?	übliche Uhrzeit:
4. Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht geschlafen?	effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an.

5. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen schlecht geschlafen, ...

a) ... weil Sie nicht innerhalb der ersten 30 Minuten einschlafen konnten:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
b) ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
c) ... weil Sie aufstehen mussten um zur Toilette zu gehen:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche



5. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen schlecht geschlafen, ...

e) ... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
f) ... weil Ihnen zu warm war:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
g) ... weil Ihnen zu kalt war:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
h) ... weil Sie schlecht geträumt hatten:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
i) ... weil Sie Schmerzen hatten:	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
j) ... aus anderen Gründen:	Wie oft konnten Sie aus diesen Gründen schlecht schlafen? <input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten 4 Wochen beurteilen?	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Ziemlich gut <input type="checkbox"/> Ziemlich schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
7. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen Schlafmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche
8. Wie oft hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?	<input type="checkbox"/> Während der letzten 4 Wochen gar nicht <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Dreimal oder häufiger pro Woche

9. Hatten Sie während der letzten 4 Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?

- Keine Probleme
- Kaum Probleme
- Etwas Probleme
- Große Probleme

10. Schlafen Sie alleine in Ihrem Zimmer?

- Ja
- Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer
- Nein, der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett
- Nein, der Partner schläft im selben Bett

Falls Sie ein **Mitbewohner/Partner** haben, fragen Sie bitte, ob und wie **oft er/sie bei Ihnen** folgendes bemerkt hat.

a) Lautes Schnarchen

- Während der letzten 4 Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

b) Lange Atempausen während des Schlafes

- Während der letzten 4 Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

c) Zucken oder ruckartige Bewegung der Beine während des Schlafes

- Während der letzten 4 Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes?

- Während der letzten 4 Wochen gar nicht
- Weniger als einmal pro Woche
- Einmal oder zweimal pro Woche
- Dreimal oder häufiger pro Woche

e) Andere Formen von Unruhe während des Schlafes

Art und Häufigkeit

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden
 Burgstraße 1
 65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414
 📞 0611 / 900 66 416
 ✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com
 🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com



Die folgenden Fragen sollen Ihrem behandelnden Therapeuten helfen, Ihre Schlafstörung einzuschätzen. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie die entsprechende Antwort unten ankreuzen. Pro Frage oder Aussage darf nur ein Kreuz gemacht werden. Die Fragen beziehen sich auf die letzten vier Wochen.



Name

Vorname

Geburtstag



Meine üblichen Schlafenszeiten sind von nachts bis Uhr am nächsten Tag.

Wie viele Minuten brauchen Sie normalerweise, um einzuschlafen?	1-20 Min.	20-40 Min.	40-60 Min.	60-90 Min.	Mehr als 90 Min.
	0	1	2	3	4

Wie viele Stunden schlafen Sie Ihrer Meinung nach nachts durchschnittlich?	7 und mehr	5-6	4	2-3	0-1
	0	1	2	3	4

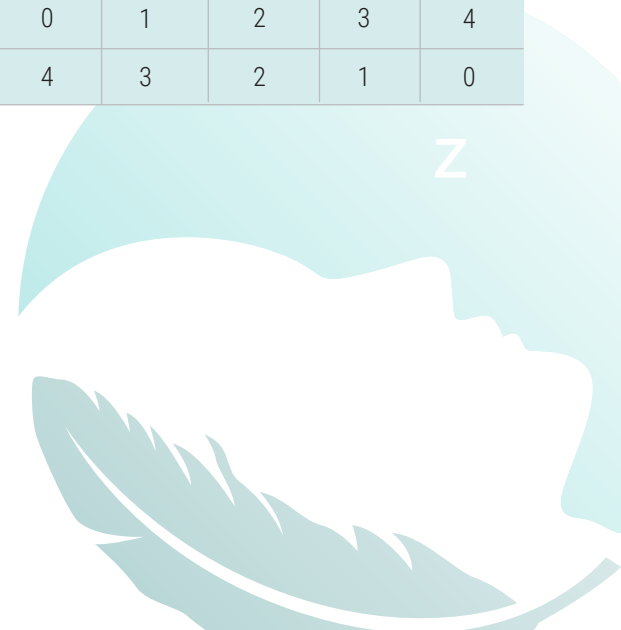
	immer	oft	manchmal	selten	nie
Ich kann die Nacht nicht durchschlafen	4	3	2	1	0
Ich wache zu früh auf	4	3	2	1	0
Ich wache wegen leichten Geräuschen auf	4	3	2	1	0
Ich habe das Gefühl, die ganze Nacht nicht die Augen geschlossen zu haben	4	3	2	1	0
Ich denke viel über meinen Schlaf nach	4	3	2	1	0
Ich habe Angst, ins Bett zu gehen, weil ich Angst habe, nicht schlafen zu können	4	3	2	1	0
Ich fühle mich voll leistungsfähig	0	1	2	3	4
Ich nehme Schlaftabletten zum Einschlafen	4	3	2	1	0

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden

Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

- ☎ 0611 / 900 66 414
- 📞 0611 / 900 66 416
- ✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com
- 🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com





Name Vorname Datum

Geb. Datum



Ich kann mich heute noch so freuen wie früher:

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen:

- ja, soviel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Ich fühle mich glücklich:

- meistens
- manchmal
- selten
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst:

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich blicke mit Freude in die Zukunft:

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen:

- ja, oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren:

- ich kümmere mich darum wie immer
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich wollte
- ja, stimmt genau

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden
Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414
📞 0611 / 900 66 416
✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com
🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com



STOP-Bang-Fragebogen

- Ja Nein **Schnarchen?**
 Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?
- Ja Nein **Müde?**
 Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)?
- Ja Nein **Aufgefallen?**
 Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?
- Ja Nein **Blutdruck?**
 Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?
- Ja Nein **Body Mass Index über 35 kg/m²?**
- Ja Nein **Sind Sie über 50 Jahre alt?**
- Ja Nein **Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf)**
 Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr?
Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?
- Ja Nein **Geschlecht = Männlich?**

Bewertungskriterien:

Für die allgemeine Bevölkerung

Niedriges OSA-Risiko: 0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres OSA-Risiko: 3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes OSA-Risiko: 5-8 Fragen mit Ja beantwortet

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + männliches Geschlecht

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + BMI > 35 kg/m²

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + Halsumfang

(43 cm bei Männern, 41 cm bei Frauen)

Eigentum des University Health Network, weitere Informationen bei: www.stopbang.ca

Modifiziert nach Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth

2012; 108:768-75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden

Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414

☎ 0611 / 900 66 416

✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com

🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com



Wir möchten Sie bitten, zur Abklärung Ihres Befundes den folgenden Fragebogen auszufüllen.
Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an. Vielen Dank.



Name Vorname Geb. Datum



Wenn folgende Symptomatik bei Ihnen zutrifft, bitte ankreuzen:

Mundtrockenheit Kopfschmerzen Atemnot Nachtschweiß Herzrasen Nykturie
Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Weckreaktion Tagesmüdigkeit Depression

1. Sind Sie tagsüber müde?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

2. Schlafen Sie tagsüber ein?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

3. Fällt es Ihnen schwer, lange konzentriert zu bleiben?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

4. Fühlen Sie sich in letzter Zeit in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

5. Kommt es vor, dass Sie abends schlecht einschlafen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

6. Kommt es vor, dass Sie mitten in der Nacht aufwachen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

7. Kommt es vor, dass Sie früher als gewöhnlich aufwachen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

8. Spüren Sie nachts Herzstolpern, Herzrasen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft



9. Sind Sie nachts nassgeschwitzt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

10. Haben Sie nachts Atemnot, Erstickungsgefühle?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

11. Spüren Sie nachts Kopfschmerzen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

12. Spüren Sie nachts Hustenanfälle?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

13. Spüren Sie nachts einen Druck im Brustraum?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

14. Müssen Sie nachts Wasser lassen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie 0	selten 0-1	gelegentlich 1-2	oft 2-3	sehr oft mehr als 3x

15. Falls Sie unter Schlafstörungen leiden, können Sie sich einen Grund dafür vorstellen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	Ja, körperliche Beschwerden	Geräusche, Lärm	Arbeits- probleme	Schicht- Nachtarbeit	Aufregung Nervosität	Anderes

16. Sind Ihre Beine angeschwollen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

17. Sind Sie durch Luftnot in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt, wenn Sie schwere körperliche Arbeit verrichten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

18. Sind Sie durch Luftnot in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt, wenn Sie leichte körperliche Arbeit verrichten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft

19. Sind Sie durch Luftnot in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt, wenn Sie keinerlei körperliche Arbeit verrichten?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

20. Hat Ihr Partner bei Ihnen Atemstillstände in der Nacht festgestellt? habe keinen Partner

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

21. Erwachen Sie morgens frisch und ausgeruht?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

22. Fühlen Sie sich am Morgen schlapp und gerädert?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

23. Haben Sie morgens Kopfschmerzen?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

24. Berichtet Ihr Partner, dass Sie laut und unregelmäßig schnarchen?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

25. Berichtet Ihr Partner, dass Sie sich nachts häufig bewegen?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

26. Neigen Sie beim Autofahren zum Einschlafen?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

27. Haben Sie in letzter Zeit einen Autounfall oder einen kleinen Schaden verursacht?

Nie selten gelegentlich oft sehr oft

28. Schlafen Sie länger als früher? / Wie sind Ihre Schlafzeiten?

Ja Nein Schlafe meistens um Uhr ein. Erwache morgens um Uhr.

29. Nehmen Sie Schlafmittel?

Ja Nein Wenn ja, welche selten gelegentlich oft sehr oft

30. Haben Sie einen hohen Blutdruck?

Ja Nein Wenn ja, wie hoch: / (mmHg) weiß nicht

31. Konsumieren Sie?

Alkohol THC/CBD andere Drogen Kaffee ja nein wenn ja, wieviele Tassen

32. Rauchen Sie regelmäßig Zigaretten?

Nein Ja bis 10 Zigaretten/Tag Ja bis 20 Zigaretten/Tag Ja über 21 Zigaretten/Tag Wenn ja, seit wie vielen Jahren

33. Geben Sie bitte Ihre Körpergewicht und Ihre Größe an

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

34. Sind Sie berufstätig?

Ja, ich bin (Beruf / Tätigkeit) Nein Rentner

35. Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft?

.....
.....
.....

36. Haben Sie sonstige Erkrankungen?

.....
.....
.....

36. Haben Sie Allergien?

Ja Wenn ja, welche Nein

37. Haben Sie Haustiere?

Ja Wenn ja, welche Nein

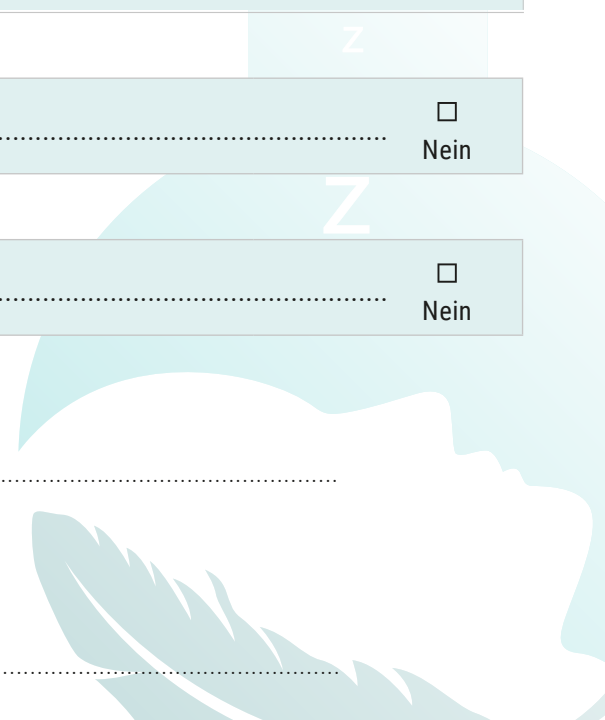
Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaflabor Wiesbaden
Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414
📞 0611 / 900 66 416
✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com
🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com

Datum

Unterschrift



Datenschutz und Datenverarbeitung



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Mit diesem Flyer möchten wir Sie über die Datenvereinbarung in unserer datenschutzrechtlichen Informationsverpflichtung aus der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) nachkommen. Die Datenvereinbarung erfolgt aufgrund einer Grundlage oder Ihrer Einwilligung. Die Rechtsgrundlage für die Datenvereinbarung Ihrer Gesundheitsdaten ist Artikel 9 Absatz 2 Lit.h) DSGVO in Verbindung mit §22 Abs. 1 Nr. 1 Lit. B) Bundesdatenschutzgesetz. Sofern für die Datenvereinbarung Ihr Einverständnis erforderlich ist, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken. Sie haben das Recht, soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen, Auskunft zu Ihren verarbeiteten Daten zu erhalten sowie auf deren Berichtigung oder Löschung auf Einschränkung der Verarbeitung sowie auf deren Übertragung.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, wenden Sie sich an die Praxisleitung. Sollten weitergehende Fragen auftauchen, haben Sie das Recht, sich an den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden.

Kontakt Daten Datenschutzbeauftragter:

Der Hessische Beauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 3163
65201 Wiesbaden
Tel.: 0611-1408 0
Fax.: 0611-1408 611

Datenaufnahme

Bei jedem Kontakt wird Ihre Versichertenkarte in unser elektronisches Praxis-Verwaltungs-System (PVS) eingelesen. Dabei werden folgende Daten erhoben: Name, Adresse, Kostenträger und Versicherungsnummer. Im weiteren Kontakt erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, verordnen Therapien und füllen für Sie durch die KV Hessen vorgegebene Musterformulare (Rezepte, AU, Überweisungen u.ä.) aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unserem PVS gespeichert werden. Eine nachträgliche Bearbeitung und Änderung Ihrer Daten wird durch das PVS nachvollziehbar dokumentiert. Schriftliche (Fremd-)Befunde werden patientenbezogen elektronisch nicht veränderbar in unserem PVS eingescannt (Dokumentenscanner).

Jeder neue Patient erhält beim Erstkontakt in unserer Praxis diesen Flyer, mit dem wir informieren, welche Daten wir erheben, auf welcher Rechtsgrundlage dies erfolgt und an wen wir Ihre Daten weiterleiten. Im Überweisungsfall gehen wir von einer stillschweigenden Einwilligung aus. Bitte beachten Sie, dass unter Umständen auch eine gesetzliche Pflicht zur Weitergabe der Daten bestehen kann.

Dr. med.
Osama Abu Hassan

Schlaf Labor Wiesbaden
Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414
📞 0611 / 900 66 416
✉ info@schlaf-labor-wiesbaden.com
🌐 www.schlaf-labor-wiesbaden.com





Was geschieht mit Ihren Daten?

Wir benötigen Ihre Daten, um Sie für die KV Hessen und die Kostenträger nachprüfbar behandeln zu können. Alle Verordnungen sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Kostenträger und Versicherungsnummer. Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen z.B. keine Rezepte ausstellen. Die Datenerhebung ist daher für Ihre Behandlung erforderlich.

Die folgenden Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert:

- Akut- (für das aktuelle Quartal) und Dauerdiagnosen (quartalsübergreifend).
- Befunde, Anamnesen, Therapievorschläge, Abrechnungsziffern für das jeweilige Quartal.
- Alle elektronisch erstellten Formulare sowie alle Verordnungen müssen überprüfbar dauerhaft gespeichert werden.

Zugang hat nur autorisiertes Praxispersonal.

Ihre Daten (Befunde, Arztbriefe etc.) werden nach den jeweiligen gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aufbewahrt (Arztbrief 10 Jahre, Rontgenaufzeichnungen 30 Jahre).

Wer bekommt Ihre Daten übermittelt?

- Die Kassenarztlliche Vereinigung Hessen zur Abrechnung und Prüfung auf Korrektheit
- Auf Verlangen müssen der Prufkommission Ihre Daten mit allen Verordnungen im Rahmen einer Regressprufung übermittelt werden.
- Auf Verlangen der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Prüfung der Behandlung
- Ihre Krankenkasse erhält für die Abrechnung relevante Daten.
- Laborärzte bzw. Histologie, sofern eine entsprechende Diagnostik für die Behandlung erforderlich ist
- Zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der Arztpraxis kann die Inanspruchnahme anwaltlicher oder gerichtlicher Hilfe erforderlich sein.
- Andere Ärzte, Versicherungen, private Abrechnungsstellen und ander Institutionen erhalten nur mit separater Einwilligung durch Sie die für den jeweiligen Fall notwendigen Daten.

Zur Kenntnis genommen:

.....

Dr. med.

Osama Abu Hassan

Facharzt für Innere Medizin, Schlafmedizin,
Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Schlaflabor Wiesbaden

Burgstraße 1
65183 Wiesbaden

☎ 0611 / 900 66 414

☎ 0611 / 900 66 416

✉ info@schlaflabor-wiesbaden.com

🌐 www.schlaflabor-wiesbaden.com

