

Patienteneinwilligung zur Datenverarbeitung und zum Datenaustausch mit Leistungserbringern



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Um Ihre personenbezogenen Daten auch nach der Praxisübernahme von Herrn König sowie nach der Umwandlung der Praxis Anja Wüstneck in eine Berufsausübungsgemeinschaft mit zusammen mit Herrn Moritz Freisleben zu erheben, verarbeiten und speichern zu können, müssen Sie explizit Ihr Einverständnis dazu erteilen.

1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnungsberechtigte Empfänger.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen.

3. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

LDA Brandenburg, Dagmar Hartge (Landesbeauftragte für Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht in Brandenburg), Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow

5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung durch die

Praxis Erkner, Anja Wüstneck & Moritz Freisleben,

Karl-Tietz-Str.6, 15537 Erkner

zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation, in dem erforderlichen Umfang an die Mitbehandler (weiterbehandelnde Ärzte, Hauskrankenpflege, Therapeuten)

- weitergegeben werden dürfen.
- von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen.
- Ich wünsche ggf. die Zusendung/ Weiterleitung meiner Befunde per E-Mail an meine Mailadresse:

_____.

Mir ist bekannt, dass es sich dabei um eine nicht DSGVO- konforme Datenweiterleitung handelt.

Vollmacht

Herr/ Frau _____, geb. am _____, darf

- vollumfänglich Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten (Schweigepflichtentbindung)
- sich meine Rezepte (inkl. BtM- Rezepte)/ Verordnungen/ Befunde (nicht zutreffendes streichen) aushändigen lassen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/ dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Das Schreiben zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten in o.g. Umfang durch die **Praxis Erkner, Anja Wüstneck & Moritz Freisleben, Karl-Tietz-Str.6, 15537 Erkner**, einverstanden.

Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Anschrift: _____

Erkner, den _____
Datum

Unterschrift Patient/in



Einverständniserklärung der Betreuer/in

Hiermit willige ich ein, dass die personenbezogenen Daten
(z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose)
der von mir betreuten Patientin/des von mir betreuten
Patienten



Name, Vorname:

_____ Geb.-datum: _____

über die Behandlung durch die

Praxis Erkner, Anja Wüstneck & Moritz Freisleben, Karl-Tietz-Str.6, 15537 Erkner

zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen
Dokumentation, in dem erforderlichen Umfang an die Mitbehandler (weiterbehandelnde Ärzte,
Hauskrankenpflege, Therapeuten)

- weitergegeben werden dürfen.
- von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen.
- Ich wünsche ggf. die Zusendung/ Weiterleitung von Befunde per E-Mail an meine Mailadresse:

_____.

Mir ist bekannt, dass es sich dabei um eine nicht DSGVO- konforme Datenweiterleitung handelt.

Hiermit willige ich in die hausärztliche Behandlung der o.g. Person durch die

Praxis Erkner, Anja Wüstneck & Moritz Freisleben, Karl-Tietz-Str.6, 15537 Erkner

ein. Dazu gehört auch die Durchführung der von der ständigen Impfkommision (STIKO)
empfohlenen Impfungen sowie kleinere, medizinisch notwendige chirurgische oder
manualtherapeutische Eingriffe zum Zwecke der weiteren Behandlung. Bitte lassen Sie uns die
Patientenverfügung der Patientin/des Patienten zukommen, falls vorhanden. Vielen Dank.

Für Rückfragen bin ich unter folgender Telefonnummer und/oder E-Mailadresse erreichbar:

_____.

Erkner, den _____
Datum

Unterschrift Betreuer/in