

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und -weitergabe gemäß § 73 Abs. 1b SGB V und Art. 9 Abs. 2a DSGVO

Patientendaten (vom Patienten auszufüllen):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse / Kostenträger: _____

Hausarzt(Name+Adresse): _____

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

MVZ Klinikum Dortmund GmbH

Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund

Bei Rückfragen wenden Sie sich an unsere Datenschutzbeauftragte:
Frau Säcker, Tel.: 0231-953-20206

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten (z. B. Anamnesen, Diagnosen, Befunde), erfolgt zur Erfüllung des Behandlungsvertrags sowie zur medizinischen Betreuung und Dokumentation. Die Rechtsgrundlage ist Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG.

2. Einwilligungen zur Datenerhebung und Datenweitergabe

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

a) Einholung von Unterlagen:

Die Praxis für Kardiologie Schwerte medizinisch relevante Unterlagen (z. B. Arztbriefe, Laborwerte) von bisherigen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder anderen medizinischen Einrichtungen anfordern darf.

b) Weitergabe von Behandlungsdaten:

Medizinische Informationen aus meiner Behandlung dürfen an andere behandelnde Ärzte, Kliniken oder Labore weitergegeben werden, soweit dies für meine medizinische Versorgung erforderlich ist. Elektronische Übermittlung ist über sichere Wege erlaubt.

c) Auskünfte an benannte Personen (Angehörige etc.):

Medizinische Auskünfte dürfen an folgende Personen erteilt werden (nach Identitätsprüfung):

1. Name/Adresse/Tel.: _____

2. Name/Adresse/Tel.: _____

3. Name/Adresse/Tel.: _____

3. Empfänger meiner Daten

- Hausärztin/Hausarzt, andere behandelnde Ärzte oder medizinische Einrichtungen
- Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen
- Labore und Kooperationspartner
- Krankenkassen oder private Krankenversicherung (z. B. zur Abrechnung medizinischer Leistungen)

4. Speicherung meiner Daten

Meine Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für die medizinische Behandlung und Dokumentation erforderlich ist.

Nach Abschluss der Behandlung gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, die in der Regel mindestens 10 Jahre betragen (§ 630f Abs. 3 BGB, § 57 Abs. 2 BO Ä).

Nach Ablauf dieser Fristen werden die Daten gemäß den gesetzlichen Vorgaben gelöscht bzw. vernichtet. **Sollten sich Ihre persönlichen Daten in Zukunft ändern, bitten wir Sie darum uns diese Änderung mitzuteilen.**

5. Ihre Rechte laut Art. 13ff. DSGVO

Sie haben das Recht auf:

- Auskunft über Ihre gespeicherten Daten,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung (unter bestimmten Voraussetzungen),
- Datenübertragbarkeit,
- jederzeitigen schriftlichen Widerruf erteilter Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft.

6. Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise **schriftlich widerrufen** kann. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: _____

7. Bei privatversicherten Patienten:

eine externe Abrechnungsstelle zur Abwicklung der privatärztlichen Leistungen.

Hinweis für Privatversicherte: Ich willige ein, dass zur Abrechnung meiner privatärztlichen Leistungen die folgende Abrechnungsstelle beauftragt wird:

Name: Promed GmbH

Adresse: Märkische Str. 109, 44141 Dortmund

Telefon: 0231 565594 0

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: _____