

Hiermit bestätige ich, dass ich die „Patienteninformation Datenschutz“ zur Kenntnis genommen habe.

Datum	Name gesetzliche*r Vertreter*in	Unterschrift
-------	---------------------------------	--------------

Liebe* Patienten*innen, liebe Eltern,
mit unserer „Patienteninformation Datenschutz“ (siehe entsprechendes Formular) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten, oder die Ihres Kindes, nur dann an Dritte weitergeben dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.
Um Ihre Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer übermitteln zu dürfen (z.B. andere Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser) und Ihnen weitere Serviceangebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung. Diese können Sie im Folgenden erteilen. Sie ist jederzeit ganz oder teilweise widerrufbar.

Hiermit willige ich für folgende(s) Kind(er)

Name, Vorname und Geburtsdatum

ein, dass

- Frau Dr. med. Anna Neuberg bei meinem Hausarzt und anderen mitbehandelnden Fachärzten, Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, meine Behandlungsdaten und -befunde einholen darf. Dies erfolgt nur zum Zwecke der Behandlung und Dokumentation.
- Frau Dr. med. Anna Neuberg meine Behandlungsdaten und -befunde an meinen Hausarzt und andere mitbehandelnde Fachärzte, Psychotherapeuten oder andere Leistungserbringer weitergeben darf.
- Rezepte und Verordnungen durch Frau Dr. med. Anna Neuberg direkt an mich und/oder von mir benannte Apotheken oder Leistungserbringer weitergeleitet werden dürfen.
- Frau Dr. med. Anna Neuberg mit mir per Telefon, Email, SMS oder Post (nicht Zutreffendes bitte streichen) zwecks Terminabsprachen, Terminerinnerungen und/oder Übermittlung von Befunden, Rezepten und Rechnungen Kontakt aufnehmen darf.

Email Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum	Patient*in/ gesetzliche*r Vertreter*in	Unterschrift
-------	--	--------------

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben Sie das Recht zu erfahren, wer zu welchem Zweck Ihre Daten verarbeitet, wie Sie bei Bedarf dagegen vorgehen können und wer die Verantwortung für die Datenverarbeitung trägt.

1. VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist: Dr. med. Anna Neuberg
Praxisname: Meine mobile Kinderärztin
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):
Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):

2. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten erfolgt im Rahmen 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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Diese Daten können Sie uns entweder selbst zur Verfügung stellen oder uns durch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, zur Verfügung stellen lassen (Arztbrief). Die Verarbeitung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. 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 vor allem 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 berechtigte Empfänger.

4. 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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Verarbeitung Ihrer Daten von uns Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. 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.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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