



## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

### Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe gemäß DS-GVO

**Patient:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil Patient: \_\_\_\_\_ Mobil Mutter: \_\_\_\_\_

Mobil Vater: \_\_\_\_\_ E-Mail (unverschlüsselt): \_\_\_\_\_

Adresse falls abweichend  Vater  Mutter: \_\_\_\_\_

### 1. Kontaktaufnahme und Arztbriefe

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. med. M. Klein / Dr. med. K.-U. Oehler und Petra Kreienkamp erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

| <i>Name des Arztes / der Einrichtung</i> | <i>Adresse des Arztes / der Einrichtung</i> |
|--|---|
|  |   |
|  |   |

Gleichzeitig sind hiermit die Mitarbeiter der genannten Einrichtung (-en) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis entbunden.

- Ich möchte **KEINE** Kontaktaufnahme und Übersendung ärztl. Befundberichte an meinen Haus-/Kinderarzt (bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 6)

### 2. Rezepte oder Befunde dürfen auch von folgenden Personen abgeholt werden:

a) \_\_\_\_\_, b) \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Vor- und Nachname

### 3. Betreffend getrennt lebende Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Ich bestätige hiermit, dass der getrennt lebende Elternteil, mit dem ich mir das Sorgerecht für unser Kind teile, über die Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der Praxis Oehler, Klein, Kreienkamp informiert und hiermit einverstanden ist.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 4. Erklärung über Ausfallhonorar

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Oehler/ Klein und Kreienkamp, die ich nicht wahrnehmen kann, spätestens **48** Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen.

Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von **70,00 €** zu bezahlen.

Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet und rechtzeitig abgesagt wurde.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**In der Regel werden Sie automatisch ca. 1 Woche vor dem nächsten Termin durch unser Recall-System erinnert.**

## 5. Erläuterungen

### Allgemeines

Als Ärzte sind wir verpflichtet, Untersuchungen und Behandlungen zu erheben und zu dokumentieren. Manche Daten, wie z.B. Abrechnungsziffern, müssen an andere Stellen weitergeleitet werden (z.B. Kassenärztliche Vereinigung), da ansonsten die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden können. Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder gutachterliche Stellungnahmen, z.B. für medizinische Dienste der Krankenkassen, setzen eine Datenübermittlung an Dritte voraus.

In unserer medizinischen Praxis müssen höchst vertrauliche Informationen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Gesetzgeber stellt **Gesundheitsdaten** unter besonderen Schutz. Um fachkompetent und umfassend eine Behandlung zum Wohle des Patienten durchführen zu können, sind diese Daten zu erheben.

Daten werden ausschließlich zweckgebunden weitergeleitet, d.h. nur an diejenige Stelle, die diese für einen klar definierten Auftrag (z.B. Kassenabrechnung) benötigt. Generell gilt das Prinzip der **Datensparsamkeit**, d.h. nur solche Informationen werden weitergeleitet, die unbedingt erforderlich sind.

Liegen keine höheren Rechtsvorschriften vor, d.h. besteht für uns keine unmittelbare gesetzliche Verpflichtung, werden wir **anderen Stellen** (z.B. Landesversicherungsanstalten, Bezirk, Sozialamt) **erst nach Ihrem schriftlichen Einverständnis Auskünfte erteilen**.

Wir investieren viel Zeit und Mühe in unserer Praxis, um personenbezogene Daten bestmöglich zu schützen. Zahlreiche technische und organisatorische Maßnahmen wurden hierzu ergriffen. Die Wahrung der Intimsphäre und der Datenschutz sind zentrale Bestandteile unseres Qualitätsmanagementsystems. Wir lassen uns regelmäßig von autorisierten Stellen überprüfen und haben ein Zertifikat erhalten. Wir engagieren uns für einen besseren Datenschutz in der Medizin. Wir bilden uns regelmäßig auf diesem Gebiet fort.

Die Mitarbeiter der Praxis, externe Prüfer, unsere Kooperationspartner, Dienstleister und Lieferanten unterliegen einer Verschwiegenheitserklärung. Diese liegt uns schriftlich vor.

Weitere Informationen teilen wir Ihnen gerne persönlich mit, sie können diese auch von unserer Homepage abrufen ([www.dr-oehler.de](http://www.dr-oehler.de), Rubrik Datenschutz, „**Patienteninformation Datenschutz**“) oder sich von unseren Mitarbeitern aushändigen lassen.

**Ihr persönlicher Beitrag zum Datenschutz:** bitte beachten Sie die Diskretionslinie an der Anmeldung und halten Sie die Tür zum Wartezimmer geschlossen. Lassen Sie keine persönlichen Unterlagen, (elektronische!) Krankenversichertenkarten oder ausgefüllten Fragebögen liegen. Stellen Sie sich darauf ein, dass im Empfangs- und Wartebereich andere Personen anwesend sind und mithören könnten. Übermitteln Sie uns Informationen, die Sie für schützenswert halten, besser per Telefax oder auf dem Postweg als per E-Mail.

**Bei Arztwechsel, Krankenversicherungswechsel und/oder Adressänderungen, sind Sie verpflichtet, uns diese unaufgefordert mitzuteilen.**

## 6. Unterschriften

Patient  / Erziehungsberechtigter  / gesetzlicher Vertreter  / Sorgeberechtigter

Name in Blockschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Ab 14. Lebensjahr ZUSÄTZLICH Unterschrift Jugendlicher:

Ich bin damit einverstanden, dass meine  Mutter  Vater Auskunft über meine Krankenakte bekommen

Unterschrift Jugendlicher: \_\_\_\_\_

**Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden!**