



1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. A DSGVO.

Bitte geben Sie dieses ausgefüllte und unterschriebene Formular vor Ihrer Behandlung an die Praxisgemeinschaft (Anmeldung) Dres. Med. Halle – Hill – Preißner – Rubanov zurück.

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum		Straße	
PLZ		Ort	

Ich stimme hiermit der **Speicherung und Verarbeitung** meiner **personenbezogenen Daten** für nachfolgend aufgeführten Zweck zu:

- JA
 NEIN

Zweck:

- der Erbringung der vereinbarten Datenverarbeitung zur Erfüllung des Behandlungsvertrages mit der Praxisgemeinschaft Dres. med. Halle – Hill – Preißner – Rubanov bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. B.DSGVO)
- der Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c. DSGVO)
- der Verwaltung und Abrechnung erbrachter medizinischer Leistungen, Überweisungen, Entlassungsmittelungen, Befunderhebungen, Berichte oder Transport-Bescheinigungen
- im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f. DSGVO).

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten orientiert sich am Grundsatz der Erforderlichkeit und Vertraulichkeit. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich durch ärztliches oder sonstiges Personal, das einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegt.

Gegenstand der verarbeiteten Daten sind:

- Personenstammdaten (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefon, E-Mail)
- Medizinische Daten, soweit sie für die Vorbereitung, Durchführung und Abrechnung der Rehabilitation notwendig sind.

Mein Einverständnis erfolgt freiwillig, ist jedoch für die Durchführung der Behandlungsmaßnahme erforderlich. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung verweigern, schriftlich (Praxisgemeinschaft Dres. Med. Halle – Hill – Preißner – Rubanov, Lohstr. 4, 31785 Hameln) oder durch E-Mail (praxis@halle-hill.de) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Nach Erhalt des Widerrufs werden Ihre personenbezogenen Daten nicht weiter genutzt.

Ort, Datum	Unterschrift
Mit meiner Unterschrift bestätige ich den oben beschriebenen Inhalt sachlich und fachlich verstanden zu haben.	



2. Einwilligungserklärung: Abholung Rezepte/Verordnungen/Befunde über Dritte

<input type="checkbox"/> Einmalige Abholung (bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Abholung (bitte ankreuzen)	
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum		Straße	
PLZ		Ort	

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte/Verordnungen/Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, tragen Sie oben bitte die Abholberechtigte Person ein.

Teilen Sie bitte dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung ausweist.

Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Rezepte/Verordnungen/Befunde durch andere Person möglich.

Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten/Verordnungen/Befunden ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
Mit meiner Unterschrift bestätige ich den oben beschriebenen Inhalt sachlich und fachlich verstanden zu haben.	



Information über die Weiterleitung von vertraulichen medizinischen Daten

Der mich behandelnde Arzt erhebt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern, die für meine Behandlungszwecke erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde.

Dies geschieht in dem Maße und Umfang, welcher für eine Diagnostik und fachliche Darstellung des Behandlungsverlaufes erforderlich sind.

Wir erheben und speichern ihre Daten im Rahmen der gesetzlichen Archivierungsfristen und der Datensparsamkeit. Somit werden nur Daten erhoben, die für ihre Zwecke und Bestimmung klar definiert sind.

Folgende Zwecke können eintreten und durch den Arzt eingesetzt werden.

Eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis des Arztes finden sich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung u. a. im Sozialgesetzbuch V (SGB V).

- zur Übermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, z. B.
- zum Zweck der allgemeinen Aufgabenerfüllung (§ 294 SGB V),
- zum Zweck der Abrechnung (§ 295 SGB V auch i. V. m. § 106a SGB V),
- zum Zweck der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall (§ 298 SGB V);
- zur Übermittlung an die Prüfungsstellen i. S. d. § 106 Abs. 4 S. 1 SGB V
- zum Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 296 Abs. 4 SGB V);
- zur Übermittlung an die Krankenkassen, z. B.
- zum Zweck der allgemeinen Aufgabenerfüllung (§ 294 SGB V),
- Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Schäden (§ 294a SGB V),
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (§ 284 i. V. m. § 295 SGB V);
- zur Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (§ 276 Abs. 2 SGB V).
- Weitere gesetzliche Übermittlungsbefugnisse finden sich in den folgenden Bestimmungen:
- Infektionsschutzgesetz (§§ 6 ff. IfSG),
- Krebsregistergesetze der Länder,
- Röntgenverordnung (§ 17a RÖV, § 28 Abs. 8 RÖV),
- Strahlenschutzverordnung (§ 42 StrlSchV),
- Betäubungsmittelgesetz i. V. m. § 5a BtMVV,
- SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung (§§ 201 ff. SGB VII),
- Personenstandsgesetz (§ 19 PStG),
- Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (§ 4 KKG).

Achtung: Unsere Weitergabe Ihrer Daten geschieht ausschließlich zu Ihrer Genesung und Hilfe. Wir sind nicht daran interessiert Ihre personenbezogenen Daten missbräulich einzusetzen.