

# Einwilligungserklärung

Für den Patienten

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. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Bitte lesen hierzu auch die 2. Seite.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Faxnummer \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen, Name, Vorname der Eltern/Sorgeberechtigten Personen  
\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen zur Optimierung der Behandlung:

per Fax Ja  Nein  per Mail Ja  Nein  per Post Ja  Nein  per Telefon Ja  Nein

versendet/weitergegeben werden dürfen.

Weiterhin willige ich ein, dass (zutreffendes bitte ankreuzen):

- aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten, alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten an einen **von mir gewählten Dolmetscher** weitergegeben werden dürfen, der diese Informationen direkt an meine Person übersetzen kann. Dieser gewählte Dolmetscher darf auch telefonisch über die oben genannten Daten informiert werden, mit dem Zweck mir diese Informationen in meiner Sprache zu übersetzen.

Der von mir gewählte Dolmetscher heißt: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)\_\_\_\_\_  
(Straße, Wohnort) Tel \_\_\_\_\_

- mein, für **mich zuständiger Familienhelfer/in** alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten erfahren darf um mit mir die Behandlung / Optimierung der Behandlung besprechen zu können.

Der/die von mir gewählte Familienhelfer/in heißt: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)\_\_\_\_\_  
(Straße, Wohnort) Tel \_\_\_\_\_

- die von **mir gewählten Personen (wie Angehörige, Freunde)** alle meine für die Behandlung und Optimierung der Behandlung, personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten erfahren dürfen, um mit mir die Behandlung / Optimierung der Behandlung besprechen zu können.

Der von mir gewählte Angehörige heißt: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)\_\_\_\_\_  
(Straße, Wohnort) Tel \_\_\_\_\_

**Nachfolgend auf der nächsten Seite lesen Sie bitte die Datenschutzhinweise.**

Erstellt am: 26.11.2018	Bearbeitet am: 27.10.2019	Freigabe durch: Eva Steinberg	Rev. 4	Seite 1 von 2
----------------------------	---------------------------	----------------------------------	-----------	---------------

**1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist: Praxis Dr. Bastian Steinberg, Dr. Bastian Steinberg, Am Sooren 1, 22149 Hamburg, Telefon: 040/672 30 43 Fax: 040/672 57 74

**2. 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.

**3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn diese gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Labore/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 berechtigte Empfänger.

**4. Speicherung von 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 § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

**5. Ihre Rechte**

Sich 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: Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122b, 22083 Hamburg.

**6. 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 gerne an uns wenden.

**Ich habe diese Einwilligungserklärung gelesen und verstanden; Kam lexuar dhe kuptuar këtë deklaratë pëlqimi (albanisch); I have read and understood this declaration of consent (englisch); J'ai lu et compris cette déclaration de consentement (französisch); Bu rıza bildirimini okudum ve anladım (türkisch); Ja razumem tekst i slažem se sa mojim potpisom (serbisch); (persisch) من این رضایت نامه را خوانده ام و درک کردم (arabisch) لقد قرأت وفهمت إعلان الموافقة هذا**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / ggf. ges. Betreuer/in

Erstellt am: 26.11.2018	Bearbeitet am: 27.10.2019	Freigabe durch: Eva Steinberg	Rev. 4	Seite 2 von 2
----------------------------	---------------------------	----------------------------------	-----------	---------------