

Name ..... Vorname ..... Geb.dat. ....

PLZ ..... Wohnort ..... Straße ..... Nr. ....

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Bitte lesen Sie die beiliegende Datenschutzinformation aufmerksam durch und treffen Sie aufgrund dessen untenstehend Ihre Wahl. Die beiliegende Datenschutzinformation ist anschließend für Ihre Unterlagen.

#### \*ERKLÄRUNG ZUR DATENERHEBUNG

- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz meine personenbezogenen Daten erhebt und es dadurch zu einem Behandlungsvertrag kommt.**

ODER

- Hiermit bin ich nicht einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz meine Daten erhebt. Mir ist bewusst, dass ich somit in dieser Praxis nicht behandelt werden kann.

#### \*ERKLÄRUNG ZUR DATENWEITERGABE

- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz die von mir genommenen Blut- und andere Körperproben an das externe Labor versendet, damit diese in meinem Sinne bearbeitet und untersucht werden können. Zu Identifikationszwecken werden ebenso meine persönlichen Daten wie Stammdaten und Diagnosen übermittelt, um eine Verwechslung zu vermeiden.**

ODER

- Hiermit bin ich nicht einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz Proben oder Daten an das externe Labor versendet.

- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz meine Daten zu Abrechnungszwecken und zur Entlastung der Praxis an die PVS Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, Geschäftsstelle Mannheim, C8,9, 68159 Mannheim, weitergibt. Dies beinhaltet Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, die erbrachten Leistungen und die dazugehörigen verschlüsselten Diagnosen.**

ODER

- Hiermit bin ich nicht einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz meine Daten an die PVS (s.o.) weitergibt.

- Wenn ich von der Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz eine Überweisung zu einem Facharzt erhalte und der Arztbrief mit den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht automatisch an die Praxis weitergeleitet wird, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz diese Unterlagen zu meiner Weiterbehandlung anfordern dürfen.**

ODER

- Hiermit bin ich nicht einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz Arztbriefe bei meinen anderen Ärzten anfordert.

- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz anderen Ärzten auf deren Anfrage über mich und meine Gesundheitsdaten Auskunft geben darf, wenn dies für eine erfolgreiche Behandlung meinerseits erforderlich ist.**

ODER

- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz ausschließlich mit folgenden Ärzten über meinen Gesundheitszustand spricht/nicht spricht (bitte nicht zutreffendes streichen!):

.....  
ODER

- Hiermit bin ich nicht einverstanden, dass die Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz mit anderen Ärzten über meinen Gesundheitszustand spricht.

\*Pflichtfelder

Name ..... Vorname ..... Geb.dat. ....

**SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG**

Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz, dass sie mit (bitte hier keine Ärzte eintragen, aber Ehemann, Ehefrau, Kinder, Sozialstation, Pflegeheim etc.)

- 1. .... (Vor- und Nachname), geb. am .....
- 2. .... (Vor- und Nachname), geb. am .....
- 3. ....

über meine Befunde und gesundheitlichen Zustand sprechen dürfen, bzw. auch Rezepte etc. bestellen und abholen dürfen. Evtl. vorhandene Vorsorgevollmacht bitte in Kopie nachreichen.

Diese Erklärung gilt bis zum Widerruf und bezieht sich auf alle Daten außer:

.....  
.....

**Ausschließlich für Privatversicherte Patienten bitte lesen:**

Hiermit schließe ich aufgrund der Behandlung/Untersuchung mit Frau Dr. Slesina und/oder Frau Dr. Utz diesen Behandlungsvertrag ab, der seine Gültigkeit bis zum schriftlichen Widerruf behält.

Die ärztlichen Leistungen werden mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet.

Unabhängig von der Erstattung der privatärztlichen Leistungen durch meine Krankenversicherung bin ich verpflichtet, die Kosten für die ärztlichen Behandlungen selbst zu tragen.

Im Falle eines Versicherungswechsels in die gesetzliche Krankenkasse bin ich verpflichtet, dies rechtzeitig bekannt zu geben und eine gültige Versicherungskarte vorzulegen, ansonsten erfolgt die Abrechnung weiterhin privat.

**Genauso verpflichte ich mich, Adress- sowie Telefonnummernänderungen vor Beginn der Behandlung mitzuteilen.**

Mir ist bekannt, dass ich die oben genannten Erklärungen, Einwilligungen oder Nichteinwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Herzlichen Dank für Ihre Angaben!

**\*Mannheim, den..... Unterschrift Patient .....**

**\*bei minderjährigen Patienten Unterschrift des Sorgeberechtigten: .....**

Der alleinunterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.

***\*Pflichtfelder***

*Die angegebenen Daten wurden in den PC übernommen, der Bogen wird eingescannt, Unterschrift MFA: .....*

## Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (in Kraft getreten am 25.05.2018) 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.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis Dr. Stefanie Slesina und Dr. Antje Utz

Berlinerstr. 19, 68161 Mannheim

Tel: 0621-124 760-0 oder 0621-15 16 77

E-Mail: [allgemeinmedizin@slesina-utz.de](mailto:allgemeinmedizin@slesina-utz.de)

### 2. DATENERHEBUNG

Wir erheben Daten von Ihnen, indem wir Ihre Versichertenkarte in unser System einlesen und Sie den Anamnesebogen ausfüllen. Hier werden vor allem Ihre Stammdaten erhoben, wie Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Versicherungsverhältnis. Diese Datenerhebung ist grundlegend, da es ohne diese Datenerhebung zu keinem Behandlungsvertrag zwischen den Patienten und unserer Praxis kommen kann. Ohne die Daten können wir unserer gesetzlichen Dokumentationspflicht nicht nachkommen. Bei einer Nichteinwilligung können wir Sie leider nicht als Patienten in unserer Praxis behandeln.

### 3. 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, Therapievorschläge 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.

### 4. 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, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialstationen, Altenheime, Zahnärzte, Vormunde, Vormundschaftsbeauftragte, Privat Pflegende, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche 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 berechnigte Empfänger.

## 5. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung und die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben erforderlich ist.

Daher sind wir dazu verpflichtet, diese Daten bis 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach Ablauf dieser Aufbewahrungsfrist werden alle Daten, die wir jemals über Sie erhoben haben, unwiderruflich gelöscht. Technisch bleiben allein Ihre Stammdaten im System gespeichert mit dem Hinweis, dass Sie bei uns Patient waren. Das bedeutet auch, dass Ihre Daten gelöscht werden, sobald sie länger als 10 Jahre nicht bei uns in der Praxis waren.

## 6. IHRE RECHTE

Sie 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 Datenübertragung 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 zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Des Weiteren haben Sie jederzeit das Recht, dieser Datenschutzerklärung teilweise oder vollständig zu widersprechen. Wenden Sie sich hierfür bitte an unser Praxisteam.

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:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg

Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart

Königstr. 10a, 70173 Stuttgart

Tel: 0711-615541-0

Fax: 0711-615541-14

E-Mail: [poststelle@ldi.bwl.de](mailto:poststelle@ldi.bwl.de)

Internet: [www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de](http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de)

## 7. 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.

Ihre Praxis Dr. Slesina und Dr. Utz