KINDERARZTPRAXIS

DR. MED. NICOLA BRICKENKAMP
DR. MED. HANNA-MAREIKE ENGELS

Datenschutz- und Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

Praxisname	Gemeinschaftspraxis Dr. med. N. Brickenkamp und Dr. med. H-M. Engels
Anschrift	Gartenstr. 15, 49179 Ostercappeln
Telefon / E-Mail	05473 92110

1. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Vorname, Nachname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Gesetzliche/r Vertreter/in falls erforderlich	

2. Zweck der Verarbeitung personenbezogener Daten

Im Rahmen der Behandlung verarbeiten wir personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, soweit dies für Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Behandlung, Dokumentation, Nachsorge, Abrechnung und die Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist. Grundlage sind die jeweils anwendbaren datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

3. Empfänger und Weitergabe von Daten

Wir geben personenbezogene Daten nur weiter, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht, die Weitergabe für Behandlung oder Abrechnung erforderlich ist oder eine entsprechende Einwilligung vorliegt. Empfänger können insbesondere mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, medizinische Einrichtungen, Labore, Apotheken, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Abrechnungsstellen sowie IT- und Dienstleistungsunternehmen sein, soweit dies rechtlich zulässig und erforderlich ist. Mit Dienstleistern schließen wir, soweit erforderlich, entsprechende datenschutzrechtliche Vereinbarungen.

4. Dauer der Speicherung

Behandlungs- und Patientendaten speichern wir nach den gesetzlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten. Nach Ablauf der jeweiligen Fristen löschen wir die Daten, sofern keine gesetzlichen Gründe für eine längere Aufbewahrung bestehen.

5. Ihre Datenschutzrechte

Sie haben im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit. Beruht eine Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Außerdem können Sie sich bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde beschweren.

6. Freiwillige Einwilligungen

Hinweis: Bitte kreuzen Sie nur die Einwilligungen an, denen Sie ausdrücklich zustimmen:

☐ Ich willige ein, dass die Praxis mich über die von mir angegebenen Kontaktdaten (Telefon/E-Mail) zu Terminabsprachen, behandlungsbezogenen organisatorischen Angelegenheiten und Terminerinnerungen kontaktiert.

☐ Ich willige ein, dass die Praxis mir auf meinen ausdrücklichen Wunsch Befunde, Arztbriefe oder sonstige medizinische Unterlagen über den von mir gewünschten elektronischen Kommunikationsweg (z.B. E-mail) übermittelt.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Dies gilt insbesondere für Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, bei denen mein Kind in Behandlung ist. Mein Kinderarzt verwendet diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung. Insoweit entbinde ich den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen freiwillig sind. Ich kann eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf bleibt unberührt.

7. Erklärung und Unterschrift

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für die Durchführung der Behandlung erforderlich sein kann. Die oben ausdrücklich angekreuzten freiwilligen Einwilligungen erteile ich aus freiem Willen.

Ort, Datum	Ostercappeln, den
Unterschrift Patient/in	
Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in	