



Name des Patienten: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail Adresse: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. Art. 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten/Labore/Krankenhäuser übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Psychotherapeuten/Laboren/Krankenhäusern eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich willige ein, dass

Meine Behandlungsdaten/Befunde mitgeteilt/weitergegeben werden dürfen an: (bitte Namen einsetzen)

1.:

2.:

Ich willige ein, dass

Rezepte/Verordnungen/Überweisungen/Medikationspläne herausgegeben werden dürfen an: (bitte Namen einsetzen)

Angehörige/Personen

Mitarbeiter des Pflegedienstes/Seniorenheims:

Mitarbeiter der Apotheke:

Versendet werden dürfen an:

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen.

Ort, Datum:	Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters
-------------	---

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Rudolf Sonnek
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin

Kristian Fromme
Facharzt für Allgemeinmedizin
Geriatric Palliativmedizin
Chirotherapie

Dr. med. Johanna Sonnek
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

C. Middelhoff-Jäger*
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Lena Ruppel*
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

*angestellte Ärztin

Sandstraße 47 c
59387Ascheberg

Telefon: 0 25 93 / 302
Telefax: 0 25 93 / 9 86 12

E-Mail: hausarztzentrum@schlingermannshof.de

www.hausarztzentrum-schlingermannshof.de



Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall-System (automatisierte Termin-Erinnerung)

Name des Patienten: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail Adresse: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Deshalb erinnern wir Sie auf Wunsch an anstehende Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder erforderliche Kontrolluntersuchungen. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis:

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Ärztin/mein Arzt mittels:

SMS und E-Mail an anstehende

Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Check up)

Impfungen

Kontrolluntersuchungen (z.B. Ultraschall, Verlaufskontrollen, DMP)

erinnert.

Um die Terminvereinbarung für Sie zu erleichtern, erfolgt die Terminvergabe in unserer Praxis über den online Terminkalender für automatisiertes Termin-Management von Doctolib®. Ihre Termine können Sie bequem online über unsere Homepage buchen. Terminbestätigungen, Terminverschiebungen und Terminabsagen erfolgen mittels SMS und/oder E-Mail durch Doctolib®.

Hiermit bin ich einverstanden:

Weitere Informationen, auch zum Schutz Ihrer Daten, finden Sie auf www.doctolib.de. Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis finden Sie auf unserer Homepage und auf unserer Patienteninformation zum Datenschutz.

Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und ich kann diese jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meiner Ärztin/ meinem Arzt, bzw. der Praxis, für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Rudolf Sonnek
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin

Kristian Fromme
Facharzt für Allgemeinmedizin
Geriatric Palliativmedizin
Chirotherapie

Dr. med. Johanna Sonnek
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

C. Middelhoff-Jäger*
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Lena Ruppel*
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

*angestellte Ärztin

Sandstraße 47 c
59387Ascheberg

Telefon: 0 25 93 / 302
Telefax: 0 25 93 / 9 86 12

E-Mail: hausarztzentrum@schlingermannshof.de

www.hausarztzentrum-schlingermannshof.de



Patienteninformation zum Datenschutz

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.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Hausarztzentrum Schlingermanns Hof
Sandstr. 47 c, 59387 Ascheberg
Telefon: 02593 302, Fax: 02593 98612
Zuständige Datenschutzbeauftragte
Christiane Nientidt
Sandstr. 47 c, 59387 Ascheberg
Telefon: 02593 302, Fax: 02593 98612

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.

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, 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.

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 Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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 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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 – 4, 40213 Düsseldorf, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
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.

Ihr Praxisteam